

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт организации и
информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Первая помощь - 2020

СБОРНИК ТЕЗИСОВ
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
(В СООТВЕТСТВИИ С ПЛАНом
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ МЗ РФ)

9-10 октября 2020 года

Москва

2020

Под редакцией: Л.И. Дежурного

Первая помощь – 2020 : Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции (в соответствии с планом научно-практических мероприятий МЗ РФ) (9-10 октября 2020 года) / Гл. ред. Л.И. Дежурный. – Москва: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2020. – 250 с.

Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции «Первая помощь 2020» содержит материалы, представленные специалистами медицинских организаций, образовательных и научных учреждений, работающих в сфере оказания первой помощи населению Российской Федерации и зарубежных стран.

Предназначен для специалистов первой помощи, работников образовательных организаций, студентов и научных сотрудников.

Материалы печатаются в авторской редакции.

Не для коммерческого использования

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2020

Авдеева В. Г., Титова Е.М.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И ИНСТРУКТОРОВ ПРЕДМЕТА «ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ» – ВАЖНОЕ ЗВЕНО СИСТЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ

ГКУЗ «Пермский краевой территориальный центр медицины катастроф»,
образовательно-методический центр
«Пермская краевая школа медицины катастроф» г. Пермь, Россия

Первая помощь как дисциплина заняла прочные позиции в системе современного российского образования. Профессиональную подготовку преподавателей и инструкторов предмета (дисциплины) «Первая помощь» можно считать основой успешного оказания первой помощи, важным звеном системы безопасности. Рассуждая на эту тему необходимо дать определения основным понятиям и терминами, использованным в статье.

Преподаватель – это человек, который, обучая кого-либо чему-либо, передаёт ему сведения из какой-либо области знания; это человек из персонала организации, допущенной в установленном порядке к осуществлению образовательного процесса, предусмотренного учебной программой; это статус лица, обладающего специальной подготовкой и обучающего какому-либо предмету теоретического курса и виду практической деятельности. Рассмотрим статус преподавателя с точки зрения первой помощи. Перечисленные определения позволяют сделать заключение: 1. преподаватель должен иметь профессиональную подготовку, т.е. иметь образование врача (лечебное дело), фельдшера (лечебное дело) и специальную подготовку по предмету «Первая помощь»; 2. преподаватель – это всегда штатная должность в организации, имеющей образовательную лицензию по направлениям первой помощи; 3. преподаватель предмета «Первая помощь» обладает значительным багажом знаний и умений, практическими навыками, приобретёнными в процессе профессиональной

медицинской деятельности, т.е. обладает высоким уровнем компетенций. Уровень компетенций преподавателя принципиально отличает его от инструктора первой помощи.

Инструктор (лат. *instructor* – устроитель) – это человек, инструктирующий в области какой-нибудь специальности, обучающий правильной постановке дела. Словарь синонимов определяет инструктора как тренера или наставника. Статус инструктора с точки зрения первой помощи можно определить: 1. инструктор – это специалист, имеющих образование в любой области знаний (охраны труда, спасательного дела и др.) и специальную подготовку по предмету «Первая помощь», полученную в рамках дополнительного профессионального образования; 2. инструктор может быть штатным специалистом образовательной или иной организации; 3. инструктор может мультиплицировать знания и умения, полученные им при обучении по предмету «Первая помощь»; 4. инструктор первой помощи обладает навыками, приобретёнными в процессе обучения и переподготовки по предмету «Первая помощь» в установленном объёме. Уровень компетенций инструктора ограничен отсутствием у него медицинского образования.

Обучение по дополнительным профессиональным программам будущих специалистов в качестве инструкторов и преподавателей предмета «Первая помощь» не может быть менее 144 учебных часов, а профессиональная переподготовка по этому направлению – менее 200 учебных часов. В соответствии со статьёй 47 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ повышение квалификации или переподготовка таких специалистов должны проводиться каждые три года.

Следующий важный пункт понятийного аппарата – это рассмотрение первой помощи как учебного предмета или дисциплины. Словари трактуют учебный предмет / дисциплину как педагогически адаптированную систему знаний, умений и навыков, выражающую основное содержание той или иной

науки и соответствующей ей деятельности по усвоению и использованию этих знаний и умений. Однако в реестре учебных предметов, утверждённых законодательно, нет предмета / дисциплины «Первая помощь». Первая помощь чаще рассматривается в рамках предметов «Основы безопасности жизнедеятельности», «Безопасность жизнедеятельности» или как отдельный раздел подготовки к оказанию первой помощи при обучении кандидатов в водители, спасателей, сотрудников полиции и др.

Необходимо дать определение понятию «учебная программа». Учебная программа – это созданный в рамках системы обучения документ, определяющий содержание, количество знаний, умений и навыков, предназначенных к обязательному усвоению по той или иной учебной дисциплине, распределение их по темам, разделам и периодам обучения.

Из всего вышеперечисленного можно сделать вывод о том, что учебная программа подготовки преподавателей и инструкторов предмета «Первая помощь» не может рассматриваться вне системы дополнительного профессионального образования, так как полноценное обучение и переподготовка в рамках краткосрочного обучения (т.е. менее 72 учебных часов) таких специалистов просто невозможна.

Содержание подготовки преподавателей и инструкторов предмета «Первая помощь». Современные лицензионные требования в системе дополнительного профессионального образования принципиально отличаются от основного профессионального образования тем, что не имеют образовательных стандартов. Если основные программы, реализуемые в рамках профессионального образования, должны соответствовать законодательно установленному образовательному стандарту, то в дополнительном профессиональном образовании такие требования отсутствуют. Дополнительные образовательные программы разрабатываются и утверждаются организаций, осуществляющей учебный процесс. При получении лицензии на реализацию образовательной деятельности в рамках дополнительного профессионального образования проверяющие структуры

не рассматривают содержательную часть программ. При проведении лицензионной проверки в отношении программ проверяющих интересует соответствие заявленного обеспечения учебных модулей в программном продукте фактическому. Например, на учебную группу в 12 человек наличие 12 стульев, 12 компьютеров, 12 симуляционных моделей, расходных материалов, установленных в учебной программе из расчёта на одного слушателя и т.д. Особое внимание специалисты лицензионных комитетов обращают на условия реализации программ. Крайне важно при разработке программного продукта обращать внимание на законодательные и нормативно-правовые документы, так или иначе обосновывающие содержательную часть обучения. Например, на статью 31 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, статьи 212, 214 Трудового кодекса Российской Федерации, на приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» от 04.05.2012 477н или письмо Министерства труда и социальной защиты России «Об организации обучения по оказанию первой помощи пострадавшим на производстве» от 09.12.2015 № 15-2/ООГ-6230 и т.д.

Рассуждать на тему содержания такого обучения нам позволяет многолетний опыт подготовки специалистов в образовательно-методическом центре «Пермская краевая школа медицины катастроф» и его востребованность [1]. Если лицензированной практикоориентированной подготовкой населения и спецконтингентов приёмам оказания первой помощи мы занимаемся с 1997 года, то обучение и переподготовку преподавателей / инструкторов предмета «Первая помощь» мы проводим с 2006 года. В общем объёме обученных за период 1997-2019 годы (114 170 человек) подготовка таких специалистов составила 2,1 % (2 430 человек). Это обусловлено высоким уровнем эмоционально-педагогической затратности такого обучения.

Говоря о содержании программ необходимо вернуться к понятийному аппарату. Профессиональная переподготовка – это вид дополнительной профессиональной программы, завершение обучения по которой подтверждается выдачей документа о профессиональной переподготовке и присвоением новой квалификации. В нашем случае – это присвоение квалификации преподавателя или инструктора предмета «Первая помощь». Поэтому невозможно обойтись без такого аудиторного модуля программы как «Дидактические основы и особенности обучения первой помощи». Главный «козырь» модуля – педагогическая практика, проводимая в полноценном объёме как заключительная зачётная часть обучения. Полноценный объём в нашем случае – это подготовка слушателем учебно-методических материалов для открытого урока, индивидуальная работа преподавателей курса со слушателем по подготовке конкретной темы первой помощи к открытому уроку и наконец, непосредственно открытый урок и его последующее обсуждение. Дебрифинг должен включать комментарии каждого слушателя группы и каждого преподавателя курса. С одной стороны, будущему преподавателю инструктору необходимо сделать выводы, учесть допущенные ошибки при изложении выбранной темы, с другой – это повторение пройденного материала всей учебной группой. Аудиторная подготовка касается и основного модуля программы «Организация и оказание первой помощи». Его неизменный «костяк» составляют темы, освещающие вопросы жизнеспасения при травмах и острых состояниях, вызванных заболеваниями. При проведении этого модуля необходимо учитывать профильный состав группы. Если в неё преимущественно входят специалисты по технике безопасности и охране труда производственных объектов, то кроме базовых тем, делается акцент на такие темы первой помощи, как «Поражение АОВ», «Химические ожоги», «Электротравма» и др. Если это инструкторы автошкол, то на тему «Менеджмент помощи при ДТП» и т.д. Невозможно представить подготовку преподавателя и инструктора предмета «Первая помощь» без включения в

программу модуля «Первая психологическая помощь». Модуль программы, отвечающий за внеаудиторную подготовку, не может составлять более 30 % учебного курса, так как такое обучение должно быть практикоориентированным. Подготовка специалистов невозможна без ответов на следующие вопросы: На каких педагогических технологиях должно основываться обучение, и чем оно должно быть обеспечено? Что включают в себя психолого-педагогические основы преподавания приёмов первой помощи различным возрастным группам населения и спецконтингентам? Каковы специфические закономерности усвоения знаний взрослыми? На занятиях необходимо демонстрировать активные методы интенсивного обучения, которые должны применять преподаватели и инструкторы предмета «Первая помощь» в дальнейшем.

Особняком стоят симуляционные технологии обучения. Что мы понимаем под симуляционными технологиями и как их можно классифицировать? В нашем случае, симуляционные технологии – это комплекс методических приёмов, используемых в образовательном процессе, позволяющих в реальном времени моделировать ситуации, максимально приближенные к реальным событиям, в том числе, ситуации, требующие проведения спасательных работ, оказания первой и экстренной медицинской помощи. Симуляционные технологии позволяют объективизировать измерение у обучающихся знаний, умений, навыков и компетенций, и объединяют в себе четыре основных вида образовательного процесса [5]. Первый: отработка манипуляций и приёмов оказания первой и экстренной медицинской помощи на симуляторах человека, применяемый ещё в XVIII веке [1,2,4]. Второй, относительно новый: компьютерное моделирование критических ситуаций в виртуальном пространстве и дополненной реальности. Это направление интенсивно развивается и захватывает всё большие области, как в первой, так и в экстренной медицинской помощи, в том числе в медицине катастроф. Третий, широко используемый ещё в XIX-XX веках: решение ситуационных задач, представленных

интеллектуальными моделями травм и острых состояний, вызванных заболеваниями, в условиях полигонного тренинга и ситуационного прессинга [1,4]. Четвёртый, проведение практикоориентированных учений в условиях природной и городской среды, наивысшая ступень обучающей системы первой помощи, имеющий интересную историю [1,4,5]. К нему также относятся полигонный тренинг, профессиональные соревнования и конкурсы, посвящённые первой помощи, экстренной медицинской помощи и спасательным технологиям [5]. Преподавателю и инструктору предмета «Первая помощь» необходимо владеть всеми видами симуляционных технологий.

Остановимся только на первом виде симуляционных технологий, а именно на симуляционном учебно-тренировочном оборудовании и его индикационном обеспечении. Парк симуляционного оборудования, представленный на российском рынке, достаточно разнообразен. В него входят симуляторы российского и зарубежного производства. Наличие полноценной индикации симуляционного оборудования позволяет включать эталонные компоненты в процесс обучения первой помощи, в частности – в обучение сердечно-легочной реанимации (СЛР). В производственном менеджменте существует понятие бенчмаркинга или эталонного оценивания (англ. *Benchmarking*), или сопоставительного анализа на основе эталонных показателей с целью улучшения собственной работы. Такой анализ включает в себя два процесса: *оценивание* и *сопоставление*. Симуляционное оборудование, обладающее полноценной компьютерной индикацией, позволяет *оценивать* качество выполнения СЛР и *сопоставлять* умения слушателя с эталоном выполнения СЛР, что, несомненно, ценно при профессиональной подготовке. Современные компьютерные технологии дали мощный толчок совершенствованию симуляторов человека. Симуляторы, предназначенные для получения, укрепления и развития компетенций у преподавателей и инструкторов, должны соответствовать современным научно и законодательно обоснованным представлениям об

оказании первой помощи. Для понимания необходимости применения того или иного симуляционного оборудования попытаемся ранжировать его в соответствии с важными, на наш взгляд, характеристиками. Это визуальная, тактильная анатомическая и физиологическая достоверность с учётом возрастных характеристик человека, уровень индикации, возможность оценки качества мануальных навыков, отработки порядка оказания первой помощи с фиксацией результатов, возможность установки сценариев и их изменений в ходе оказания помощи, т.д. Ранжирование симуляторов, пригодных для тренировок оказания помощи в условиях догоспитального периода, позволило выделить пять основных групп. Первая группа симуляторов имеет низкий уровень оценки компетенций, но, несомненно, может быть использована для их установления. Например, отработка приёмов восстановления и поддержания проходимости верхних дыхательных путей. Вторая группа также имеет низкий уровень оценки компетенций, но позволяет отработать приёмы и выработать определённый комплекс мануальных навыков. Например, отработать базовый реанимационный комплекс. Третья группа имеет относительно ограниченный уровень оценки компетенций. Эти симуляторы предназначены для получения комплекса мануальных навыков и контроля их выполнения в соответствии со стандартизированными параметрами, установленными рамками базового реанимационного комплекса. Например: контроль частоты и глубины непрямого массажа сердца, контроль декомпрессии грудной клетки, точность установки рук спасающего, контроль частоты и объёма дыхания, общая эффективность СЛР [5]. Если в 2017 году мы говорили о невозможности дистанционного управления такими моделями, то сегодня эта проблема успешно решена рядом производителей. Четвёртая группа симуляторов имеет высокий уровень оценки компетенций, сопряжённых с диагностикой urgentных состояний «пациента» и их лечением, наличием возможности выборки из установленного перечня лекарственных средств, применения реанимационного оборудования. Пятая группа позволяет создавать сложные

диагностические сценарии и ограничить временные параметры лечения «пациента», управляя ситуацией дистанционно. Если первые три группы можно использовать для обучения первой помощи, то две последние рассчитаны на установку компетенций у специалистов с медицинским образованием, что необходимо знать преподавателям и инструкторам. Почему, говоря о технологиях педагогического измерения уровня профессиональных компетенций, мы делаем акцент на симуляционном обучении? Ответ прост – это, пожалуй, самый объективный педагогический инструмент измерения уровня готовности специалиста любого уровня [3,5].

Вернёмся к содержанию программы. Для будущего преподавателя и инструктора важны знания по особенностям построения учебного процесса, о видах, типах, структуре учебного занятия, о формах организации учебной деятельности. Особое внимание необходимо обращать на формы контроля, определение готовности, в том числе психологической, к оказанию первой помощи, на оценку умения и уровня сформированности практических навыков. Для этого оптимально подходит четвёртый вид симуляционных технологий – это метод решения ситуационных задач с использованием табельных и подручных средств первой помощи, обеспеченный полноценными развёрнутыми контрольными листами.

В завершении необходимо сказать, что ни один учебный предмет, в том числе и первая помощь, не может обойтись без истории предмета [4]. Вопросы истории первой помощи могут изучаться слушателями самостоятельно, на внеаудиторных занятиях.

Выводы:

1. Сегодня необходима нормативно-правовая поддержка подготовки специалистов в качестве преподавателей и инструкторов предмета (дисциплины) «Первая помощь», а также первой помощи как предмета.
2. Подготовка, повышение квалификации или переподготовка специалистов в качестве преподавателей и инструкторов предмета «Первая помощь» должна проводиться исключительно в рамках

дополнительного профессионального образования и лицензионных требований.

3. Содержание дополнительной профессиональной программы подготовки преподавателей и инструкторов предмета «Первая помощь» не может быть навязано организации, осуществляющей образовательную деятельность по дополнительному образованию, извне.
4. Подготовка преподавателей и инструкторов предмета «Первая помощь» должна быть практикоориентированной с полноценным симуляционным компонентом.

Литература:

1. Авдеева В. Г. Организационно-функциональная модель типовой образовательно-методической системы службы медицины катастроф регионального уровня. 05.26.02. Безопасность в ЧС (медицина катастроф). М.: 2006. С. 325-329.
2. Авдеева В. Г. Опыт использования учебно-тренировочного оборудования при подготовке специалистов, работающих в условиях догоспитального периода, в Пермском крае / Первая Всероссийская конференция по симуляционному обучению в медицине критических состояний с международным участием 01.11.2012, Москва, НИИ СП им. Склифосовского Н. В. Сборник тезисов. М.: С. 3-7.
3. Авдеева В. Г. Технологии измерения уровня профессиональной готовности специалистов, работающих в системе СМК и СМП / Всероссийская научно-практическая конференция «Готовность Всероссийской СМК к реагированию и действиям при ЧС – важнейший фактор повышения качества и доступности медицинской помощи пострадавшим при авариях, катастрофах и стихийных бедствиях», Москва, 03.10.-04.10.2017. Материалы конференции. М.: ВЦМК «Защита», 2017. С. 12-16.

4. Авдеева В. Г. Исторические записки о первой помощи (факты, хронология, мнения, зарисовки, гипотезы). Пермь: Издат. дом «Ника», 2018. 238 с.
5. Авдеева В. Г. Симуляционные технологии измерения уровня профессиональных компетенций специалистов, работающих в системе СМК и СМП. / Сборник материалов VII Международной научно-практической конференции «Наука как решение и антикризисная сила», Киев, 30.09.2020. Центр научных публикаций «ВЕЛЕС», 2020. С. 155-157.

Авитисов П.В., Золотухин А.В.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ»

Академия гражданской защиты МЧС России, г. Москва, Россия

Первая помощь - комплекс простейших мероприятий, выполняемых гражданами или специально подготовленным персоналом непосредственно на месте происшествия табельными или подручными средствами с целью сохранения и поддержания жизни пострадавшего, а также предупреждения развития тяжелых осложнений до прибытия медицинского персонала или до госпитализации пострадавшего в ближайшее медицинское учреждение.

Действия по оказанию первой помощи во время чрезвычайной ситуации могут быть грамотными и чёткими только при организации учебного процесса, приближенного к реальным условиям в очаге ЧС.

Преподавание дисциплины на кафедре медико-биологической защиты началось с 1999 года курсантам командно-инженерного факультета

Программа, тематический план дисциплины корректируется в соответствие с опытом действий спасателей в очаге ЧС и нормативной правовой базой в частности с организационно-методическими указаниями по подготовке аварийно-спасательных формирований и спасательных воинских

формирований на текущий год и соответствующими программами подготовки утверждаемыми Министром МЧС.

Особенности преподавания дисциплины определяются характером

В частности, Совместный приказ МЧС России и Минздрава России от 02.04.97 г. № 185/94 «О взаимодействии МЧС России и Минздрава России по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций» определяет, что спасатели в очаге ЧС осуществляют розыск, деблокирование пострадавших, оказывают первую помощь, осуществляют эвакуацию пострадавших на этапы первичной медико-санитарной помощи, развертываемые формированиями Всероссийской службы медицины катастроф.

Кроме того, в соответствии с табелем к штату спасательные формирования оснащены средствами оказания первой помощи и Комплектом индивидуальным медицинским гражданской защиты (КИМГЗ). Соответственно нештатные аварийно-спасательные формирования снабжаются в соответствии с Приказом МЧС России от 30 июня 2014 г. N331 "О внесении изменений в Порядок создания нештатных аварийно-спасательных формирований, утвержденный приказом МЧС России от 23 декабря 2005 г. N 999". Спасательные воинские формирования снабжаются в соответствии с Приказом МЧС России от 01.11.2006 № 633 (в ред. пр. МЧС № 23 от 23.01.2014) «Об оснащении спасательных воинских формирований КИМГЗ».

К особенностям преподавания дисциплины «Первая помощь» в АГЗ МЧС России относятся:

Использование наглядных пособий, тренажеров.

Анализируя многолетний опыт подготовки профессиональных кадров, с уверенностью может сказать, что для повышения эффективности процесса обучения необходимо использовать учебные установки, учебные стенды и учебные тренажеры. Усвоение информации человеком во многом зависит от зрительного и мануального восприятия материала, поэтому добиться

высоких результатов, используя лишь словесные коммуникации, порой очень трудно, а иногда и невозможно. Поэтому в учебном процессе используется большое количество разнообразных учебных установок, учебных стендов и учебных тренажеров для учреждений образования всех уровней.

Применяемые в учебном процессе тренажеры оснащены системой обратной связи, позволяющей наглядно оценить правильность действий обучаемых, провести их хронометраж, выдавать сообщения о состоянии пострадавшего в зависимости от соблюдения обучаемыми алгоритма оказания первой помощи.

Обеспечение психологической подготовки обучающихся для оказания первой помощи.

Под психологической подготовкой спасателя следует понимать систему мероприятий, направленных на активизацию способностей и обеспечение состояния психической готовности спасателя к действиям в боевой обстановке тушения пожара.

Различают два вида психологической подготовки спасателя – общую и непосредственную.

Общая психологическая подготовка спасателей неразрывно связана с морально-волевой, физической, тактической и строевой подготовкой.

Непосредственная психологическая подготовка спасателей направлена на подготовку к конкретной деятельности – тренировочному занятию, соревнованию, выполнению боевой задачи. Она предусматривает:

- осознание особенностей и условий будущей деятельности;
- осознание задач, которые предстоит решать в данной деятельности;
- снятие излишнего нервно-психического напряжения перед работой и обеспечение состояния «боевая готовность»;
- организацию своего поведения в трудной обстановке;
- мобилизацию физических и духовных сил на выполнение поставленной задачи.

Непосредственная психологическая подготовка базируется на общей психологической подготовке и может осуществляться только на её основе.

В практике проведения занятий по дисциплине «Первая помощь» активно используются имитаторы повреждений, анатомические препараты.

Кроме того, длительное время для снятия психологического напряжения ментальной проработки действий первой помощи на кафедре используется методика повышения моральной устойчивости Х. Алиева «Ключ».

Проведение занятий в средствах индивидуальной защиты органов дыхания и кожных покровов

Особенностью действий спасателей является проведение аварийно-спасательных и других неотложных работ в условиях экстремальных значений поражающих факторов.

Основными целями в данном случае являются формирование у обучающихся знаний и умений по защите жизни и здоровья в условиях опасных и чрезвычайных ситуаций, по ликвидации последствий, оказанию само- и взаимопомощи в случае проявления опасностей, развитие сознательного и ответственного отношения к вопросам личной безопасности и безопасности окружающих, умения правильно и быстро пользоваться средствами индивидуальной защиты.

Использование Средств индивидуальной защиты (медицинских)

Аварийно-спасательные формирования оснащены Комплектами индивидуальными медицинскими.

В ходе проведения занятий с обучающимися отрабатываются показания сроки, дозировка применения антидотов, радиопротекторов, противорвотных и антибактериальных средств в зависимости от радиационной, химической и биологической обстановки.

Обучение приемам оказания первой помощи в особых условиях

Для эффективного проведения поисково-спасательных работ в различных местностях обучаемым прививаются навыки передвижения по

сложному рельефу, умение ориентироваться в незнакомой местности и знания выживания в природной среде, на акватории.

Для курсантов-спасателей организованы тренировки по ориентированию, изготовлению временных убежищ и укрытий, разведению костров в сложных условиях (ветер, осадки, ограниченное количество или полное отсутствие спичек) и преодолению прочих возможных трудностей.

В зимнее время курсанты тренируются строить убежища в снегу, а ближе к весне, когда снег плотнеет, строят иглу и спасатели по очереди (и конечно, под контролем) пробуют провести в них ночь.

При оказании первой помощи моделируются (воспроизводятся) экстремальные условия и их влияние на человека (жара, холод, ветер, пыль, стесненные условия, высота, пониженные уровни освещенности и шума, вибрации, дыма, перепады давления и т. д.). В этих условиях обучающиеся осваивают навыки диагностики и оказания первой помощи. Активно используется для создания указанных условий термодымовая камера, где обучающиеся действуют в условиях недостаточной освещенности, высоких температур и задымления в средствах индивидуальной защиты изолирующего типа. На базе 179 Ногинского центра с целью имитации действий в завалах используется так называемый «Форт Баярд», где создаются стесненные условия пониженная видимость. Для действий на высоте используются имитация разрушенных жилых и производственных объектов.

Выживание в природной среде. Организация жилья, укрытия, питания, охраны. Определение места нахождения. Защита от животных и насекомых.

Выживание в техногенной среде: при транспортных авариях, при химическом и радиационном заражении, при перемещении в разрушенных зданиях и сооружениях в условиях возможного возникновения взрывов, пожаров, вредных выбросов и т. д.

Формирование практических навыков выбора места расположения лагеря и организация жизнедеятельности. Особенности организации

временного лагеря в разное время года. Установка (изготовление) временного жилья с учетом особенностей местности, климата, предстоящей работы. Организация питания, связи, отдыха, санитарно-гигиенических условий. Отработка навыков разведения костров, получения и поддержания огня. Очистка питьевой воды. Правила хранения продовольствия. Развертывание временного медицинского пункта. Размещение и приведение в готовность средств жизнеобеспечения, защиты, обеззараживания, связи, оказания первой помощи.

Особенности действий в условиях химического, радиационного и биологического заражения, радиоактивного загрязнения, разрушений, пожаров и задымления.

Определение мест возможного нахождения пострадавших. Организация и проведение поиска пострадавших. Визуальный осмотр. Способы извлечения пострадавших. Определение их состояния. Транспортировка пострадавших в безопасное место.

Отработка приемов транспортировки пострадавших и самоспасения.

Отработка различных способов спасения людей, оказавшихся в воде. Определение состояния пострадавших, оказание первой помощи. Эвакуация пострадавших.

Получение задачи на спасение людей, оказавшихся в условиях задымления и пожара. Подготовка к выполнению задачи. Поиск пострадавших в условиях задымления и пожаров. Определение мест вероятного нахождения пострадавших. Вывод (вынос) пострадавших из опасной зоны, оказание первой помощи. Транспортировка пострадавших различными способами. Меры безопасности при работе в условиях задымления и пожара.

Получение задачи на спасение пострадавших при снежном заносе. Подготовка к ее выполнению. Выдвижение к месту работы. Поиск пострадавших путем визуального осмотра местности, транспортных средств, где могут находиться люди. Взаимодействие с кинологическими расчетами,

Определение состояния пострадавших, первая помощь при отморожении. Отработка различных способов транспортировки пострадавших. Эвакуация пострадавших. Меры безопасности. Доклад о выполнении задачи.

Выживание в условиях эпидемии.

Обучение оказанию помощи большому количеству людей за короткий промежуток времени

Отличительной особенностью всех ЧС является массовость и одновременность санитарных потерь. Поэтому существует необходимость оказания первой помощи в очаге большому числу пострадавших, которые поступают практически одновременно. При множестве пострадавших (катастрофа, авария) ресурсов аварийно-спасательных зачастую недостаточно. В этих ситуациях в основе организации оказания медицинской помощи возможно применять принцип сортировки. На занятиях создается обстановка массовых потерь посредством манекенов на них с помощью имитаторов моделируются различные повреждения. Задача обучаемых состоит в определении «жив-мертв», очередности оказания помощи, в том числе и реанимационной.

Обучение приемам транспортировки пострадавших

В ходе занятий транспортировка рассматривается в двух вариантах:

перемещение пострадавшего после деблокирования на спинальный щит и вынос из опасной зоны;

эвакуация пострадавшего из очага ЧС с приданием функционального положения в зависимости от вида и тяжести повреждения.

Кроме того отрабатываются приемы погрузки пострадавших на санитарный транспорт.

Заключительным этапом подготовки курсантов является проведение тактико-специальных учений, где в комплексе отрабатываются вопросы разведки зоны ЧС, ввод аварийно-спасательных формирований, розыска, деблокирования, оказания первой помощи пострадавшим и их эвакуация на

этапы первичной медико-санитарной помощи, развертываемые формированиями Всероссийской службы медицины катастроф.

**Сравнительная таблица условий оказания первой помощи
населением и спасателями**

Условия оказания первой помощи	Население	Спасатели
Место оказания ПП	Дом, рабочее место	Очаг ЧС работа на высоте в завалах в зоне РХБЗ загрязнения
Оснащение	Подручные средства	Табельные средства (КИМГЗ)
Подготовка	Не подкрепляется практикой	Проводит плановую подготовку по первой помощи и психологической устойчивости и физ. подготовке Поддерживает навыки в ходе выполнения АСДНР
РХБЗ загрязнение	Как правило, нет	Использует СИЗ и СИЗМ для повышения резистентности организма
Проведение эвакуации	Вызывает на себя экстренные службы	Эвакуирует и очага ЧС на этапы медицинской эвакуации
Необходимость	Как правило, нет	Работает в очаге

определения очередности оказания первой помощи		массовых санитарных потерь проводит первичную сортировку
Прохождение реабилитации после спасательной операции	Нет	В плановом порядке

В ходе преподавания дисциплины «Первая помощь» с учетом предстоящих изменений в нормативной правовой базе по оказанию первой помощи научно-педагогическим составом разработаны предложения по совершенствованию преподавания указанной дисциплины которые заключаются в следующем:

Создание рабочей группы МЧС России из представителей подразделений Центрального аппарата, ВУЗов системы МЧС, Цетроспаса, ЦСООР «Лидер», СЦ, для разработки стандартов оказания первой помощи в особых условиях для сотрудников МЧС

Представление и защита стандартов первой помощи для особых условий в Минздраве

В дополнение к учебно-методическому комплексу по первой помощи разработанного под эгидой Минздрава России считаем целесообразным подготовку электронного интерактивного издания.

Апарин А.А.

К ВОПРОСУ О ПЕРСПЕКТИВЕ ИНТЕГРАЦИИ ПОЖАРНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБ (НА ОСНОВЕ ЗАРУБЕЖНОГО И ЛИЧНОГО ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА)

ФГБОУ ВО Ивановская пожарно-спасательная академия ГПС МЧС России,
г. Иваново, Россия

Современная система функционирования служб экстренного реагирования таких как скорая медицинская помощь (СМП) и пожарно-спасательная служба подразумевает четкое разделение профессиональных функциональных обязанностей сотрудников и работников соответствующих подразделений.

Данный факт является, бесспорно, обоснованным и верность его неоспорима, в плане того, что основные профессиональные функции должны выполняться сугубо специалистами, имеющими аттестацию в конкретной области.

Общая схема взаимодействия представителей пожарно-спасательной и медицинской служб в Российской Федерации при выполнении задач по предназначению выглядит следующим образом:

1. Поиск и обнаружение пострадавших (пожарные-спасатели),
2. Предоставление спасателям доступа к жертвам и мероприятия по их освобождению из завалов (пожарные-спасатели),
3. Предоставление спасенным первой медицинской помощи (медицинские работники).

Стоит акцентировать внимание на том, что образование пожарных-спасателей подразделений общего назначения ограничивается изучением основ первой помощи, так как предполагается, что на месте вызова потенциально уже будут присутствовать в достаточном количестве сотрудники СМП, которые проведут все необходимые мероприятия для сохранения жизни и здоровья пострадавшего (пациента).

Действительной проблемой является отсутствие у пожарных-спасателей медицинской квалификации начальных уровней: санитар, медбрат. Дефицит кадров на месте выполнения задач по предназначению может возникнуть как со стороны МЧС России, так и со стороны Минздрав России. Но, если работники СМП вряд ли помогут пожарным-спасателям в их работе, то представители МЧС России (имеющие определенную медицинскую квалификацию) при необходимости могли бы оказывать

помощь в должностях санитар и медбрат. Нередки случаи, когда дополнительная «пара рук» может спасти жизнь пострадавшему человеку. Умение сотрудником, работником МЧС России ассистировать медицинскому персоналу или выполнять простейшие манипуляции, например, умение пользоваться аппаратом искусственной вентиляции легких, дефибриллятором и т.д., может в определенной ситуации рационально и эффективно использовать профессиональные медицинские кадры при оказании экстренной медицинской помощи.

Рассмотрим опыт интеграции экстренных служб жизнеобеспечения населения на примере опыта зарубежных коллег и выдвинем гипотезу о перспективах развития данного направления в Российской Федерации.

Служба экстренной помощи в Соединенных Штатах Америки представлена тремя основными группами специалистов: пожарные, медицинские работники и полицейские. Сотрудник любой из этих служб должен быть универсальным работником, для того чтобы в экстремальной ситуации помочь или заменить коллегу из другого ведомства (в плане оказания первой/первой медицинской помощи пострадавшим).

Стоит отметить, что в приоритет ставится именно сохранение жизни и здоровья граждан, поэтому, первоначальную медицинскую квалификацию CFR (Certified First Responder) должны иметь как пожарные, так и полицейские, повышая свою квалификацию в ходе своей службы.

Пожарные в США выезжают не только на пожары, но по каждому вызову службы спасения – 911. И именно оператор этой службы решает на месте – посылать ли по вызову полицию, парамедиков, пожарных или всех сразу. Американские пожарные натренированы и на оказание первой медицинской помощи, поэтому при необходимости могут сделать искусственное дыхание, остановить кровотечение и принять роды.

Огнеборцы и хранители правопорядка отправляются на тяжёлые вызовы, когда приезд полноценной «скорой помощи» затянут во времени, например, когда все бригады района заняты. Обычно это пожарные из

близлежащей пожарной части, имеющие ту или иную медицинскую квалификацию (от first responder-ов до парамедиков). В некоторых городах на серьёзные вызовы приезжает и полиция, офицеры которой опять же имеют навыки оказания первой помощи.

Около 40% служб, оказывающих экстренную помощь – пожарные части, персонал которых проходит начальную медицинскую подготовку. Еще 4% располагают собственным транспортом и персоналом с медицинской подготовкой, но находятся в подчинении федеральной пожарной охраны. Существуют специализированные на оказании медицинской помощи подразделения, составляющие примерно 23% от общего числа подразделений. Есть службы скорой помощи, работающие при муниципальных больницах, находящиеся в собственности частных компаний или в подчинении у органов местного управления и полиции [1].

Далее рассмотрим особенности интеграции служб пожарной охраны и скорой помощи, так как представители этих профессий наиболее тесно связаны при осуществлении своей деятельности в США, на данный момент времени.

После реформ в области здравоохранения начала 2000-х годов, большая часть бригад скорой помощи стала частью подразделений пожарной охраны, после чего и началась профессиональная интеграция или даже некая «ассимиляция» пожарных и медиков.

Пожарные могут иметь следующие медицинские квалификации (как и работники скорой помощи):

CFR (Certified First Responder) – человек, подготовленный в оказании первой помощи. Подготовка занимает около 40–60 часов. Такая квалификация распространена среди пожарных и полицейских; частью бригады скорой помощи они, как правило, не являются, разве что в качестве помощников.

EMT-B (Emergency Medical Technician – Basic) – следующий уровень. Обучение занимает около 120 часов.

EMT-P (Emergency Medical Technician – Paramedic) или просто парамедик. Подготовка занимает около около 1000 часов (зависит от штата и учреждения), т. е. от полугода до двух лет, в зависимости от количества часов и интенсивности занятий. Сколько бы курс не длился, экзамены для всех одинаковы (в пределах одного штата). Во многих штатах человек должен получить квалификацию EMT-B, затем получить практический опыт работы в бригадах СМП и только потом может получать квалификацию парамедика.

Парамедики изучают анатомию, физиологию, фармакологию и т. п. – не на уровне врача, разумеется, но гораздо лучше EMT-B [2].

Образование в качестве потенциального пожарного-медика сочетает в себе подготовку в области медицинской помощи и подготовку пожарного, как правило, пройденную в технических или общественных колледжах. Курсы включают принципы пожаротушения и управления оборудованием, медицинские курсы фельдшеров, физиологии, психологии и социологии. Продолжительность периода обучения зависит от типа степени, которую хочет получить соискатель. Начальная степень в качестве пожарного-медика требует двух лет обучения, в то время как получение степени бакалавра в качестве пожарного-медика занимает до четырех лет. Выпускники программ обучения выходят с медицинской квалификацией Emergency Medical Technician и лицензией на право работать пожарными.

После завершения курсов, все пожарные медики должны пройти в National Registry of Emergency Medical Technicians экзамен для получения медицинской лицензии. Некоторые работодатели требуют, чтобы пожарные получили квалификацию EMT-Paramedic, а не EMT-Basic. Сертификация в качестве фельдшера демонстрирует более продвинутые навыки неотложной медицинской помощи и образования. Некоторые штаты требуют дополнительной сертификации на водителя пожарного автомобиля. Различные сертификаты определяют уровень квалификации в качестве пожарного и готовность к выполнению задач различного характера.

Во время работы на вызове, пожарный-медик также может управлять водяными насосами, управлять пожарными машинами, манипулировать рукавами и эксплуатировать другие средства пожаротушения. А после спасения пострадавших, оказывать первую медицинскую помощь, диагностировать травмы, проводить реанимационные мероприятия.

Другая важная обязанность заключается в содержании закрепленного за сотрудником пожарного и медицинского оборудования, выполнение противопожарных проверок в районе выезда и в пожарно-технических или тактических учениях [3].

Достоинства данного механизма работы, в основном заключаются в приоритетной ориентированности деятельности служб экстренного реагирования на быстрое прибытие к пострадавшим людям и немедленное оказание первой помощи и реанимационных мероприятий. Недостатками являются высокое расходование средств на обеспечение техники и высокий уровень усталости сотрудников, ввиду их постоянной занятости. Но дороже человеческой жизни ничего быть не может, поэтому плюсы системы смело перекрывают перечисленные минусы. Но все же, для более объективной оценки деятельности системы необходимо провести более детальный анализ, который, возможно, будет представлен в следующих публикациях в развитие заявленной темы.

Рассмотрим несколько вариантов интеграции, которые могли бы повысить эффективность работы пожарно-спасательной и медицинской служб в Российской Федерации, которые автор данного материала (А.А. Апарин) может выделить на основе опыта работы в карауле пожарно-спасательной части (ПСЧ) федеральной противопожарной службы и в выездной бригаде скорой медицинской помощи (в качестве санитар-волонтера).

Под эффективностью, в данном случае, понимается снижение времени ожидания пострадавшими прибытия специалистов, способных оказать

квалифицированную помощь и снижение (хоть и минимальное) нагрузки на каждого конкретного специалиста.

В Российской Федерации, на данный момент, не стоит говорить о крупных шагах в сторону интеграции работ рассматриваемых служб в таком формате, как в США.

Но, стоит в порядке эксперимента, производить данную интеграцию путем подготовки уникальных специалистов, имеющих аттестацию как пожарный-спасатель и как медицинский работник (уровни подготовки: санитар, медбрат).

Развивать сферу волонтеров-спасателей. Во многих регионах есть отделения Всероссийского студенческого корпуса спасателей и других общественных объединений, где проводятся курсы по основам оказания первой помощи. На самом деле, бригады, состоящие зачастую из женщин, будут очень рады простой физической помощи при спуске пострадавших из зданий различной этажности.

Стоит отметить, что бывает невозможно медицинским работникам самостоятельно справиться с транспортировкой пациента (ввиду разных причин, в том числе, не всегда в ночное время «бегая по соседским квартирам» можно найти помощь для спуска пациента на носилках) до машины скорой помощи и приходится вызывать спасателей для оказания помощи в транспортировке, что выливается в увеличение времени оказания необходимой помощи.

В данном случае, кроме комплектования бригад СМП волонтерами, возможно интересна была бы идея организации поддежурств работников местных спасательных отрядов в бригадах скорой медицинской помощи, в рамках официально оформленных стажировок с последующей выдачей удостоверений о повышении квалификации в должности «санитар СМП». При таком раскладе, польза будет для всех участников интеграции: у профессиональных медицинских работников снизится непрофильная нагрузка (так как, по идее, врач не должен с 10-го этажа «таскать надрывая

спину» пациента, для того, чтобы сохранять дольше свою работоспособность), пациенты меньше времени будут ожидать оказания той помощи, которая им необходима, спасатели взглянут на работу с другой профессиональной стороны и пополнят свой багаж определенным опытом.

И еще один вариант - это организовать при возможности со стороны МЧС России и согласовании с главным врачом станции скорой помощи поселения стояночные места для бригадных автомобилей СМП и комнату отдыха для медицинских работников в ПСЧ (в особенности, касается отдаленных населенных пунктов и районов внутри отдельно взятого города). То есть, организация дополнительных подстанций СМП.

Подстанция служит местом дислокации нескольких бригад в различных районах города (тогда как основное количество бригад дислоцируется на центральной станции). Подобная децентрализация необходима для более быстрого реагирования бригад на вызовы в различных уголках населенного пункта. Соответственно, чем шире география расположения подстанций, тем выше вероятность более быстрого прибытия бригады по конкретному адресу (при наличии свободных бригад, естественно).

Самое главное, что необходимо помнить при внедрении любых инноваций или просто нововведений – суть совершенствований должна быть направлена на повышение вероятности сохранения жизни, восстановления здоровья пострадавшего (пациента) и на облегчение работы специалиста (минимализация непрофильной загруженности), а также повышения его личной безопасности.

Литература:

1.Скорая помощь в России и США: кто впереди планеты всей [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://medaboutme.ru/zdorove/publikacii/stati/pervaya_pomoshch/skoraya_pomoshch_v_rossii_i_ssha_kto_vpered_i_planety_vsey/ (Дата обращения 05. 12.2019).

2.Скорая медицинская помощь в США, персонал и техника [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://harmfulgrumpy.livejournal.com/757499.html> (Дата обращения 06.12.2019).

3. Job Description of a Fire Medic [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://careertrend.com/about-6196261-job-description-fire-medic.html> (Дата обращения 07.12.2019).

Баклунин В.А.

**СПЕЦИФИКА ПРЕПОДАВАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ
ВОЕННО-СПОРТИВНОГО ПАТРИОТИЧЕСКОГО КЛУБА ДЛЯ
ОБУЧАЮЩИХСЯ 8-11 КЛАССОВ**

МБОУ «Лицей №11 г.Челябинска», г. Челябинск, Россия

Обеспечение безопасности личности, общества и государства в условиях современного исторического процесса достигло уровня глобальной проблемы, став одной из актуальных для всего человечества. В связи с этим введение в нашей стране обучения основам безопасности жизнедеятельности является принципиальным достижением как для отечественного, так и для мирового образовательного сообщества.

В настоящее время учебный предмет «ОБЖ» включен в число обязательных учебных предметов для изучения в образовательных организациях. В этом направлении накоплен достаточный опыт, свидетельствующий о необходимости его преподавания, фиксирующий достижения, выявляющий положения, нуждающиеся в обновлении и переработке с учетом новых вызовов и угроз в природной, техногенной, социальной и информационных сферах.

Изучение учебного предмета «ОБЖ» обеспечивает формирование базового уровня культуры безопасности жизнедеятельности, способствует

выработке умений распознавать угрозы, избегать опасности, нейтрализовать конфликтные ситуации, решать сложные вопросы социального характера, грамотно вести себя в чрезвычайных ситуациях. Все это содействует закреплению навыков, позволяющих обеспечивать защиту жизни и здоровья обучающегося, формированию необходимых для этого волевых и морально-нравственных качеств, предоставляет широкие возможности для эффективной социализации, необходимой для успешной адаптации к современной техно-социальной и информационной среде, способствует проведению превентивных мероприятий в сфере безопасности. Проблематика учебного предмета «ОБЖ» также актуальна для внеурочной и внешкольной работы с детьми, подростками и молодежью (1).

Система дополнительного образования в области безопасности жизнедеятельности нацелена на углубленное самостоятельное освоение образовательных программ в предметном цикле «ОБЖ», участие обучающихся во всероссийской олимпиаде школьников по данному предмету, обеспечение участия обучающихся в детско-юношеских движениях, таких как «Добровольные дружины юных пожарных», «Отряды юных инспекторов движения», военно-патриотических общественных движениях и клубах. Основополагающими и важнейшими задачами современного образования являются активизирование познавательной деятельности обучающихся, а также оздоровление: как моральное, так и физическое. Курс дополнительного образования позволяет реализовать все эти задачи в полном объеме через занятия спортом, военную подготовку, туризм, знакомство с культурой, историей страны (6). Смена видов деятельности обучающихся позволяет решить поставленные задачи и достичь цели. Так воспитанники военно-спортивных патриотических объединений обучаются навыкам безопасного поведения в условиях повседневной жизни, правилам поведения в вынужденной автономии, знакомятся с историей, монументами и памятниками своей области, края, и, конечно же, изучают способы и

принципы оказания первой помощи. Основное отличие изучения первой помощи в системе дополнительного образования от классно-урочной системы заключается в углубленном разборе темы, а также специфики оказания помощи. Так воспитанники военно-спортивного патриотического клуба регулярно тренируют приёмы оказания помощи, транспортировки пострадавшего во время работы над другой темой, например туризма, что позволяет сменить вид деятельности ученика, применить полученные ранее знания на практике и поучаствовать в ситуационной задаче в условиях приближенных к реальным. Всё это позволяет более качественно изучить тему и сформировать устойчивый навык оказания первой помощи у подростков (7).

В связи с тем, что в детско-юношеские движения и в военно-патриотические клубы приходят дети заинтересованные и замотивированные углубленное изучение предмета «ОБЖ», то это даёт возможность педагогу познакомить их с различными специальностями имеющими особенную специфику, например профессию пожарного или сотрудника МЧС, изучить тактику их работы, способы применения специализированного инструмента, узнать от специалистов тонкости оказания первой помощи или способов оказания психологической поддержки после чрезвычайной ситуации (3). Всё это позитивно влияет на применение обучающимися знаний во время проведения Всероссийской олимпиады школьников, участию в слете-соревновании «Зарница – Школа безопасности», дальнейшем выборе профессии.

И здесь ребёнок может столкнуться с рядом проблем, которые имеются в системе преподавания предметного цикла «ОБЖ» и дополнительного образования, связанного с ним.

Так в связи с тем, что отсутствует единая методическая ресурсная база, снижается возможность своевременно получать актуальную информацию о различных аспектах «ОБЖ» для использования ее в учебном процессе. В результате в проверке и судействе соревновательного этапа принимают

участие специалисты, обладающие неактуальными знаниями. Данная проблема существует на различных уровнях проведения мероприятий, начиная от школьного этапа, заканчивая муниципальным и даже областным уровнем. Ярko это проявляется на этапе «Первая помощь», где очень часто встречается устаревшее понятие «Первая медицинская помощь», а также использование приёмов, которые не соответствуют учебно-методическому комплексу, и даже, нарушают действующее законодательство и статьи уголовного кодекса, например за назначение медицинских препаратов, что может привести к серьёзным последствиям и даже смерти пострадавшего (4). Одним из решений проблемы в системе проверки знаний может стать учебно-методический комплекс, который включает в себя универсальный алгоритм действий и направлен на спасение жизни человека (2). Именно он может стать единым ресурсом для получения знаний в области первой помощи.

Таким образом, система дополнительного образования в предметном цикле «ОБЖ» может значительно улучшить не только качество гражданского и патриотического воспитания, морально-психологическую и физическую подготовку подростков, но и углубить знания обучающихся в области первой помощи и действиям в чрезвычайных ситуациях.

Литература:

1. Банк документов. Министерство просвещения Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://docs.edu.gov.ru/>;
2. Всё о первой помощи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://allfirstaid.ru/>;
3. Оказание первой помощи пострадавшим : памятка / Упр. орг. инф. нас. МЧС России.- М., 2015. – 92 с.;
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи»;

5. Приказ Минобрнауки России от 17.05.2012 № 413 (ред. от 29.12.2014) «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего общего образования»;
6. Федеральные государственные образовательные стандарты [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fgos.ru/>;
7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Биркун А. А.

**ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРЕДЛАГАЕМАЯ КОНЦЕПЦИЯ
ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА В РОССИИ**

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского Федерального
государственного автономного образовательного учреждения высшего
образования «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского»,
г. Симферополь, Россия

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики
Крым «Крымский республиканский центр медицины катастроф и скорой
медицинской помощи», г. Симферополь, Россия

Внегоспитальная остановка сердца (ВГОС) во всем мире характеризуется высокой частотой встречаемости и низкими шансами на благополучный исход. Мировое научно-медицинское сообщество рассматривает ВГОС как серьезную социально-экономическую проблему, которая требует пристального внимания органов здравоохранения и общественности [Benjamin et al., 2018].

Выживаемость при ВГОС в целом по земному шару не превышает 7–10% [Berdowski et al., 2010]. Решающее значение для выживания при этом состоянии имеет фактор времени. В условиях аноксии каждая минута

задержки сердечно-легочной реанимации (СЛР) снижает вероятность восстановления жизни приблизительно на 10%. Соответственно, задержка оказания помощи на 10 минут и более практически лишает пострадавшего с ВГОС шансов на спасение. Учитывая, что для прибытия бригады скорой медицинской помощи (СМП) к пострадавшему зачастую требуется значительно больше времени, ключевой фигурой в оказании помощи при ВГОС является непосредственный свидетель остановки сердца. Своевременное распознавание проблемы, ранний вызов помощи, выполнение базовой СЛР и, в оптимальных условиях, применение автоматического наружного дефибриллятора (АНД) очевидцами многократно увеличивают шансы на благоприятный исход при ВГОС.

В Российской Федерации (РФ) проблема ВГОС изучена недостаточно. Единая система мониторинга эпидемиологии ВГОС, процесса и эффектов оказания первой помощи (ПП) и СМП при ВГОС в стране отсутствует, а отечественные научные исследования в этой области малочисленны, имеют ограниченный географический и популяционный охват и посвящены, главным образом, изучению разновидностей ВГОС в отдельных субпопуляциях [Биркун и Алтухов, 2018]. Исследования, оценивающие действенность оказания догоспитальной помощи при ВГОС, единичны. Недостаток достоверных и актуальных сведений об эпидемиологии ВГОС и результативности оказания ПП и СМП при ВГОС не позволяет оценить масштаб проблемы на уровне государства и препятствует обоснованному планированию мероприятий, направленных на повышение эффективности оказания помощи.

На базе Медицинской академии им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь) и Крымского республиканского центра медицины катастроф и скорой медицинской помощи (КРЦМК и СМП, г. Симферополь) проводится научно-исследовательская работа, посвященная изучению эпидемиологического профиля ВГОС, особенностей организации и эффектов оказания ПП и СМП при ВГОС, а также разработке комплекса мероприятий,

направленных на повышение эффективности оказания догоспитальной помощи при этом состоянии.

Первоначально было выполнено поисковое исследование с целью определения ключевых эпидемиологических параметров ВГОС на примере административного центра Республики Крым г. Симферополя. Для этого проанализировали карты вызова СМП на случаи ВГОС ($n=567$). Путем экстраполирования показателей инцидентности случаев ВГОС за три месяца (01.12.15–29.02.16) в показатели частоты на 100 тыс. населения в год установили, что частота случаев ВГОС, сопровождавшихся вызовом СМП, составляет 674 случая на 100 тыс. населения в год, что в 6–8 раз выше, чем в ряде ведущих экономических развитых стран мира [Gräsner et al., 2016; Benjamin et al., 2018]. Наряду с высокой частотой ВГОС, отмечен низкий уровень реанимационной активности — попытки СЛР предпринимались только в 8,6% (49 из 567) случаев ВГОС (для сравнения, в Европейском Союзе реанимационная активность достигает 58,3% [Gräsner et al., 2016]), и ни в одном из случаев СЛР не была успешной. Низкая реанимационная активность и полная неэффективность реанимации, очевидно, являются следствием несвоевременного оказания помощи. Свидетели ВГОС пытались проводить СЛР только в 2,3% (13 из 567) случаев, и в результате выпадения этапа ПП из последовательности оказания догоспитальной помощи в подавляющем большинстве случаев (91%) сотрудники СМП вообще не предпринимали попытки СЛР, так как уже при первичной оценке состояния пациентов выявляли признаки биологической смерти.

С целью определения причин малой вовлеченности популяции в процесс оказания ПП при ВГОС, оценки уровня готовности населения к проведению СЛР и изучения факторов, ограничивающих мотивацию потенциальных свидетелей ВГОС к оказанию помощи, в период с ноября 2017 г. по январь 2018 г. было проведено интервьюирование репрезентативной выборки совершеннолетних жителей Крымского полуострова ($n=384$). Абсолютную готовность к выполнению СЛР при ВГОС

у незнакомого или близкого человека выразили, соответственно, 35% и 72% опрошенных; 21% и 9%, соответственно, указали, что точно не будут проводить реанимацию. Самыми распространенными и значительными препятствиями для проведения реанимации названы недостаток знаний и навыков СЛР, а также связанная с дефицитом знаний боязнь причинить вред пострадавшему. Подтверждена положительная связь между готовностью предпринять попытку реанимации и наличием предшествующего обучения СЛР и уровнем знаний СЛР ($p \leq 0,012$).

Этот же опрос позволил определить охват населения Крыма обучением СЛР, оценить знания, готовность и мотивацию крымчан к обучению. 53% респондентов в прошлом обучались тому, как делать закрытый массаж сердца и (или) искусственное дыхание. При этом 72% проходили обучение более 1 года назад, 44% прошли курс СЛР всего один раз. В основном (82%) обучение проводилось в рамках школьного, среднего профессионального или высшего образования, по месту работы или на водительских курсах.

Уровень знаний в исследуемой популяции в целом оказался низким: процент правильных ответов на вопросы о месте расположения ладоней реанимирующего для проведения компрессий грудной клетки и частоте компрессий составил, соответственно, 46% и 4%. Из числа респондентов с медицинским образованием, правильные ответы на эти вопросы предоставили, соответственно, 68% и 14%.

47% респондентов никогда не обучались СЛР, в основном потому что не задумывались о необходимости такого обучения (51%), либо не знали, где можно пройти обучение (28%), что говорит о недостаточной осведомленности популяции о проблеме ВГОС и важности оказания ПП очевидцами остановки сердца, а также о малой доступности обучения СЛР для населения.

Свое желание пройти обучение реанимации подтвердили 52% опрошенных. Понимание важности обучения, возможные проблемы со

здоровьем у близких и бесплатность обучения выступили основными факторами, мотивирующими к обучению.

С целью анализа существующих в РФ возможностей обучения неспециалистов принципам и методам оказания ПП при ВГОС был выполнен информационный поиск русскоязычных интернет-ресурсов, предлагающих пройти обучение базовой СЛР в формате курсов любому человеку, независимо от профессии, основного рода занятий и исходного уровня знаний.

Оценка, в общей сложности, 3200 результатов поиска выявила 55 веб-сайтов, предлагающих пройти курсы обучения базовой СЛР на русском языке от 43 организаторов. 84% курсов ($n=46$) включали СЛР как компонент программы обучения ПП, 16% ($n=9$) были предметно посвящены базовой СЛР. Обучение использованию АНД указано в учебных программах 22% курсов. 96% курсов предполагали очную или очно-заочную форму обучения, два курса (4%) — заочное обучение в формате онлайн-курсов. Курсы значительно отличались по продолжительности обучения (1–36 часов), количественному составу учебных групп (4–18 человек), квалификации инструкторов. Для 13% курсов заявлено соответствие неактуальным редакциям международных рекомендаций по СЛР. Географически курсы ограничены 30 городами России (1,9% городских поселений РФ) с преимущественной доступностью обучения в Москве и Санкт-Петербурге. 95% курсов — платные. Средняя стоимость обучения на курсах базовой СЛР варьировала от 2000 до 5200 руб., составляя в среднем 4388 руб.

Помимо малой доступности качественного обучения СЛР для неспециалистов, обусловленной отсутствием в РФ единой действенно функционирующей системы обучения ПП, мотивацию и готовность населения к оказанию ПП при ВГОС ограничивает несовершенство существующей в России системы правового регулирования в сфере организации оказания ПП [Дежурный и соавт., 2019]. В частности, согласно действующей нормативной-правовой базе РФ обязанность по оказанию ПП

(а значит и проведению базовой СЛР в случаях ВГОС) и обучению оказанию ПП, а также санкции за отказ от оказания ПП установлены для определенных категорий организованных субъектов оказания ПП и отдельных категории граждан, но не для всех лиц, владеющих навыками оказания ПП; защита лиц, оказывающих ПП при ВГОС, от юридической ответственности в случае неумышленного причинения вреда пострадавшему не абсолютна; отсутствуют правовые нормы, определяющие условия и порядок прохождения обучения ПП, контроль и обеспечение качества обучения ПП и периодичность переподготовки.

Кроме того, серьезным организационным недостатком, препятствующим аргументированному выбору и рациональному планированию мер, направленных на повышение эффективности оказания догоспитальной помощи при ВГОС в РФ, является отсутствие единой согласованной системы учета и мониторинга эпидемиологии ВГОС, процессов и результативности оказания ПП и СМП при ВГОС.

Итак, высокая частота встречаемости ВГОС в общей популяции и неэффективность оказания догоспитальной помощи при ВГОС определяют необходимость скорейшей разработки и реализации системы мероприятий, направленных на снижение летальности при ВГОС. Учитывая, что главной причиной высокой летальности является задержка оказания помощи, связанная с неспособностью свидетелей остановки сердца своевременно и правильно оказать ПП, основу такой системы должны составить меры, направленные на максимальную интенсификацию участия населения в процессе оказания ПП.

Опыт оптимизации зарубежных систем догоспитальной помощи свидетельствует, что наиболее эффективными и сравнительно низкзатратными способами вовлечения популяции в процесс оказания ПП при ВГОС являются реализация программ массового обучения населения оказанию ПП и внедрение практики дистанционного сопровождения ПП при ВГОС диспетчерами служб экстренной помощи (так называемая «телефонная

СЛР», или Т-СЛР) [Friesen et al., 2015]. Вместе с тем, для рациональной организации и оценки действенности внедряемых мер усовершенствования, необходим эффективный инструмент, обеспечивающий сбор и периодический анализ эпидемиологических данных и сведений о функционировании системы догоспитальной помощи при ВГОС — регистр ВГОС [Биркун и Алтухов, 2018].

Разработка и внедрение регистра ВГОС, организация массового обучения населения теоретическим основам и навыкам оказания помощи при ВГОС и внедрение практики диспетчерского сопровождения ПП составили основу концепции повышения эффективности оказания догоспитальной помощи при ВГОС в Республике Крым, которая может послужить моделью для планирования и реализации программ оптимизации догоспитальной помощи в других регионах России. Для повышения эффективности оказания догоспитальной помощи при ВГОС на федеральном уровне необходима одновременная оптимизация существующих механизмов нормативно-правового регулирования в части оказания ПП, обучения оказанию ПП, а также применения АНД очевидцами ВГОС при оказании ПП.

В рамках реализации предложенной концепции проведена следующая научно-исследовательская и организационная работа.

1. На базе КРЦМК и СМП в 2019 г. учрежден Крымский регистр случаев внегоспитальной остановки кровообращения и СЛР, осуществляющий сбор, систематизацию, хранение и периодический анализ детальных сведений о случаях ВГОС с предпринятой СЛР, сопровождавшихся вызовом СМП. Регистр охватывает всю популяцию Республики Крым (по состоянию на 01.01.2020 — 1 912 622 человека). Для обеспечения соответствия данных регистра международным рекомендациям Утштайн (Utstein) по унифицированному сообщению сведений о ВГОС проведена работа по оптимизации учетной документации СМП — разработана и внедрена в работу бригад СМП модификация формы протокола СЛР, рекомендованной профильной комиссией по специальности

«Скорая медицинская помощь» Минздрава РФ, предусматривающая обязательную регистрацию факта проведения СЛР свидетелями ВГОС и объема СЛР, проводимой очевидцами. Результаты периодического анализа данных регистра представляются в форме отчетов руководству службы СМП Республики Крым и используются при планировании мероприятий по оптимизации оказания догоспитальной помощи в регионе. По состоянию на 01.10.2020 регистром накоплены сведения о 1171 случае ВГОС с предпринятой СЛР.

Анализ данных регистра за 2019 год подтвердил высокую частоту встречаемости случаев ВГОС, сопровождавшихся вызовом СМП (688,7 на 100 тыс. населения в год), в Республике Крым, низкую реанимационную активность службы СМП (4,5%), редкое участие очевидцев в оказании помощи (8,6% случаев с предпринятой СЛР) и малую эффективность реанимации (доля выживших — 5,2%). При этом установлено, что в тех случаях, когда свидетели ВГОС проводили СЛР, выживание наблюдалось в два раза чаще, и это подтверждает приоритетность мер, направленных на интенсификацию участия очевидцев в оказании ПП.

2. В рамках мероприятий, направленных на увеличение доступности обучения оказанию ПП при ВГОС, разработан и апробирован ряд курсов обучения теоретическим основам и навыкам базовой СЛР и АНД для неспециалистов, основанных на применении альтернативных традиционному аудиторному обучению технологий преподавания.

В частности, в проспективном рандомизированном слепом исследовании подтверждена эффективность очного обучения базовой СЛР и АНД по методике «ученик вместо учителя», которая предусматривает обучение неспециалистов предварительно подготовленными инструкторами-непрофессионалами. Было показано, что обучение студентов медицинского профиля базовой СЛР при проведении тренингов студентами-сверстниками обеспечивает не меньший уровень владения навыками оказания помощи по сравнению с обучением профессиональными инструкторами.

В 2018 году разработан и опубликован в открытом доступе онлайн-курс «Первая помощь при остановке сердца (базовая реанимация)» (stepik.org/course/13222). По состоянию на 01.10.2020 полностью прошли обучение с помощью курса 13 602 человека. Как показал анализ эффектов онлайн-обучения, общедоступная дистанционная теоретическая подготовка способствует популяризации знаний по ПП, расширяет охват популяции обучением, обеспечивает рост и поддержание мотивации к оказанию ПП [Биркун и Дантанараяна, 2020].

В проспективном рандомизированном исследовании выполнена оценка эффективности смешанной формы обучения реанимации, подразумевающей замещение аудиторной теоретической подготовки самостоятельным освоением материала с помощью вышеупомянутого онлайн-курса. Установлено, что предложенный метод дистанционно-аудиторного обучения базовой СЛР и АНД, сочетающий удаленную теоретическую подготовку и очный практический тренинг, не уступает традиционному аудиторному обучению реанимации по эффективности формирования знаний и навыков СЛР и мотивации к оказанию помощи.

Как аудиторное обучение по методике «ученик вместо учителя», так и смешанное дистанционно-аудиторное обучение могут способствовать снижению учебной нагрузки инструкторов, сокращению связанных с обучением финансовых затрат и увеличению доступности обучения СЛР и создают условия для реализации концепции массового обучения ПП при ВГОС.

3. Разработаны компоненты отечественной программы дистанционного диспетчерского сопровождения ПП при ВГОС: (а) создан универсальный алгоритм диспетчерского опроса и инструктирования очевидцев остановки сердца для оперативной диагностики ВГОС по телефону и предоставления диспетчером и выполнения свидетелем соответствующих голосовых инструкций по СЛР; (б) разработана интерактивная автоматизированная компьютерная система поддержки принятия решений диспетчером при

дистанционном опросе и инструктировании свидетелей ВГОС, предназначенная для повышения корректности и оперативности выполнения алгоритма Т-СЛР и учета ключевых показателей эффективности процесса Т-СЛР; (в) издано учебное пособие для обучения специалистов оперативно-диспетчерских отделов принципам Т-СЛР; (г) на базе КРЦМК и СМП в рамках соответствующей программы повышения квалификации начато обучение диспетчеров СМП теоретическим основам и навыкам диспетчерского сопровождения ПП при ВГОС.

Закключение. Экстраполирование показателей частоты встречаемости ВГОС и летальности при ВГОС, зарегистрированных в Республике Крым, на популяцию России (по состоянию на 01.01.2020 — 146,7 млн. человек), позволяет предположить, что число случаев ВГОС, сопровождающихся вызовом СМП, в РФ может достигать 1010 тыс. в год, и 960 тыс. таких случаев имеют летальный исход. Зарубежный опыт свидетельствует, что благодаря рациональным организационным преобразованиям в системе догоспитальной помощи, направленным, главным образом, на укрепление этапа ПП, летальность может быть снижена в 5 раз и более, и это говорит о возможности улучшения ситуации в странах с исходно высокой летальностью при ВГОС, в том числе в России. Главной причиной низкой результативности оказания помощи при ВГОС в Республике Крым и, по всей видимости, в РФ в целом является отсроченное оказание помощи в связи с несостоятельностью этапа ПП. Согласованная реализация мер, направленных на интенсификацию участия населения в процессе оказания ПП, наряду с установлением единых процедур мониторинга эпидемиологии ВГОС и контроля эффективности оказания догоспитальной помощи при ВГОС должна способствовать увеличению доступности, оперативности и качества оказания помощи, что создает в масштабах страны перспективу сохранения десятков или сотен тысяч жизней ежегодно.

Литература:

Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2018;137(12):e67–e492.

Berdowski J, Berg RA, Tijssen JG, et al. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*. 2010;81:1479–1487.

Friesen J, Patterson D, Munjal K. Cardiopulmonary Resuscitation in Resource-limited Health Systems-Considerations for Training and Delivery. *Prehosp Disaster Med*. 2015;30(1):97–101.

Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, et al. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation*. 2016;105:188–195.

Биркун А. А., Алтухов А. В. Регистр как основа эпидемиологического контроля и оптимизации помощи при внегоспитальной остановке кровообращения. *Журнал им. Н. В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. – 2018. – Т. 7. – № 3. – С. 234-243.

Биркун А.А., Дантанараяна В.Р. Открытый онлайн курс по базовой сердечно-легочной реанимации: исследование аудитории и эффектов дистанционной подготовки слушателей. *Общая реаниматология*. 2020;16(2):52–63.

Дежурный Л.И., Кудрина В.Г., Закурдаева А.Ю. Проблемы нормативного регулирования оказания первой помощи в Российской Федерации. *Медицинский вестник МВД*. 2019; 2(99):8–15.

Бородина М.А.¹, Таптыгина Е.В.², Попов О.Ю.¹

**НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ
НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.
ОПЫТ ОЦЕНКИ КОНКУРСНОЙ СТАНЦИИ НА ВСЕРОС-СИЙСКОМ
КОНКУРСЕ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ «НЕОТЛОЖКА»,
КРАСНОЯРСК, 2020**

¹ Академия постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»,
г. Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск, Россия

3-4 февраля 2020 года в ФГОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России состоялся ежегодный Всероссийский конкурс практических навыков «Неотложка» (далее – Конкурс) среди студентов 4-6 курсов медицинских вузов или медицинских факультетов (институтов) Российской Федерации. В конкурсе приняли участие 13 студенческих команд из 6 человек, по одной команде от каждого вуза.

Основная цель конкурса - повышение мотивации к участию и оценка уровня знаний и умений студентов по оказанию первой помощи, скорой медицинской помощи в экстренной форме вне медицинской организации. Помимо профессиональных компетенций, оказание помощи пострадавшим с жизнеугрожающими состояниями требует от участников эффективной командной работы и владения коммуникативными навыками[1].

Одной из наиболее динамичных и высокореалистичных стала конкурсная станция «Медицинская сортировка», организованная с привлечением сотрудников органов полиции, кинологической службы, с использованием свето-шумовых и дымовых эффектов. В большом

многоуровневом помещении на месте предполагаемого террористического акта в условиях задымления находилось семь симулированных пострадавших с повреждениями различной степени тяжести, один из которых - в состоянии клинической смерти.

Задача прохождения станции не включала непосредственно оценку навыков принятия сортировочных решений и выделения приоритетных пострадавших, организации медицинской транспортировки в условиях массового поражения. Тем не менее, общая оценка экспертами работы команд в условиях чрезвычайной ситуации с массовым количеством пострадавших выявила однотипные пробелы в знаниях и навыках у студентов по предмету медицина катастроф.

Для объективной оценки действий команд на каждой станции применялись листы экспертной оценки (чек-листы) с фиксацией последовательности и правильности выполнения алгоритма оказания помощи.

Обсуждение. Работа команд на станции осложнялась наличием одновременно двух симулированных пострадавших с травмами и наружным массивным артериальным кровотечением, располагавшихся в непосредственной близости друг от друга. Один пострадавший без сознания был представлен полноростовым манекеном с ампутацией голени на уровне колена; второй пострадавший - симулированным актером в сознании с открытым переломом в области средней трети бедра.

При сравнительном анализе навыков оказания помощи при травме с массивным артериальным кровотечением выявили в целом недостаток знаний и умений по проведению вторичного углубленного систематизированного осмотра пострадавшего с травмой (применение принципа ABCDE). Как результат, следовало неверное определение приоритетного пострадавшего из двух и ведущего повреждения и объема жизнесберегающих мероприятий у каждого из них, также отмечалась стереотипность действий участников при остановке кровотечения.

Так, при оказании помощи пострадавшему без сознания с ампутацией голени и артериальным кровотечением наиболее часто участники демонстрировали следующие недостатки:

- наложение циркулярной повязки на конечность под кровоостанавливающий жгут с целью защиты тканей выполнили только 2 команды из 13;
- неоптимальный выбор уровня наложения жгута с целью сохранения жизнеспособности конечности (применяли высокое наложение кровоостанавливающего жгута);
- редко применяли прочие методы временной остановки кровотечения (например, прямое давление на проекцию бедренной артерии в области паховой складки) до готовности к наложению кровоостанавливающего жгута;
- приоритетное действие по наложению кровоостанавливающего жгута с целью остановки кровотечения отвлекало от необходимости выполнения прочих элементов первичного и вторичного осмотра;
- невыполнение первичной и периодической оценки признаков жизни по алгоритму ABC у пострадавшего с ампутацией голени и визуально отвлекающим массивным кровотечением;
- не всегда накладывалась повязка на культю ампутированной конечности;
- уделялось недостаточно внимания консервации ампутированного сегмента конечности и необходимости транспортировки сегмента вместе с пострадавшим.

Дополнительно, как общий недостаток при оказании помощи пострадавшему с открытым переломом бедра и массивным артериальным кровотечением можно отметить недостаточное внимание необходимости ручной фиксации поврежденной конечности при наложении кровоостанавливающего жгута и поддержанию конечности в физиологическом положении при дальнейшей фиксации транспортными шинами.

Закключение. Таким образом, станция по медицинской сортировке на конкурсе «Неотложка» явилась, по сути, полноформатными высокореалистичными учениями по медицине катастроф.

К сожалению, несмотря на максимально высокую эффективность проведения учений для освоения знаний и навыков, данный формат является трудновыполнимым при реализации рутинного учебного процесса. Хорошим дополнением или альтернативой на занятиях по теме "медицинская сортировка" может быть проведение симуляции по отдельным клиническим сценариям и работа с сортировочными карточками. При освоении темы "кровотечение" преподавателям рекомендуется уделять достаточное внимание не только правилам и технике наложения кровоостанавливающего жгута и других методов временной остановки кровотечения, но и действиям в контексте общего клинического сценария[2]. При освоении раздела политравма, помимо отработки чисто технических навыков временной иммобилизации, наложению повязок и прочих, рекомендуется уделять достаточное внимание методике вторичного углубленного систематизированного осмотра пациента (по принципу ABCDE).

Литература:

1. Таптыгина, Е. В. Формирование и контроль профессиональных компетенций у выпускников медицинских факультетов / Е.В. Таптыгина // Alma mater (Вестник высшей школы). – 2017. – № 11. – С. 46–50.

2. Первая помощь: кровотечения [Текст] : коллективная монография / [Бояринцев В. В. и др.] ; под ред. Л. И. Дежурного, В. В. Бояринцева. - Воронеж : Научная книга, 2013. - 306, [1] с. : ил., табл.; 21 см.; ISBN 978-5-4446-0224-9

Вершиловский Э.

ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ОТДЕЛЬНАЯ ОТРАСЛЬ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

«Per Sys Medical», г. Тель-Авив, Израиль

Погрузимся в причины, по которым, я считаю, остановка кровотечения должна стать отдельной отраслью первой помощи. Что входит в программу обучения первой помощи на курсах, которые мы преподаем? Естественно, сердечно-легочная реанимация, остановка кровотечения, переноска пострадавшего почти всегда войдут в самый базисный курс первой помощи. Стоит ли включать в программу обучения лекарства? Иногда да, иногда может быть нет. Может стоит поговорить о таких специфических средствах как «Аспирин». На курсах первой помощи мы преподаем «Аспирин» как лекарство, которое может дать любой. Автоматические шприцы Адреналина – есть ли они вообще в вашей среде? Если нет – зачем это преподавать? Если есть – может стоит преподавать именно такой курс, который предназначен для них, а не включать их в целую систему обучения.

Далее, использование наружного дефибриллятора. Все это включено в базисный курс. В Израиле – 4 часа, в Европе может и 8 часов или 16 часов. Курс готовит непрофессионалов.

Потенциальная публика может быть представлена различными контингентами: от студентов медфакультетов, обычных студентов, и заканчивая военными (из медицинских сфер и военными из обычных войск), а также обычными людей, которых мы встречаем на улице. Все они станут первыми, кто прореагирует на все срочные случаи.

Есть специализированные курсы для людей на своих рабочих местах, которые должны быть подогнаны для нужд этих самых людей.

Следующие курсы: «Капля молока» - для молодых родителей, где их обучают только реанимации новорожденных и срочным случаям, которые могут случиться с новорожденными. Тут не говорят о взрослых. Это курсы

для только заинтересованных людей. Не для всех людей – только для родителей.

И еще публика, которая вообще не заинтересована в обучении первой помощи, но которая тоже может стать нашими потенциальными клиентами.

Методы преподавания: лекция, вебинар (это сейчас популярно – в ближайшие год - два будем проводить вебинары точно), работа с маленькими группами, работа со специализированными группами.

Немного о результатах тренингов. Постепенно подвожу вас к идее о разделении тренингов. Идея такова, что тренинги должны отличаться.

Итак, результаты 4х часовых тренингов:

1. 40% из участников показывают значительное снижение психомоторных навыков в течение 2х лет после прохождения тренинга. Это значит, что из тех, кого обучали навыкам оказания первой помощи, почти половина из них не сможет делать сердечно легочную реанимацию или останавливать кровотечение в течение последующих 2х лет. Это очень большой процент.
2. Есть данные, по которым инструкторы сертифицируют большой процент участников вне зависимости от их достижений. Есть просто ученики, которые посещают курсы и им нужно только получить сертификат, навыки их не интересует, и таким тоже выдаем сертификат.
3. Только 3 % участников курсов по их окончании будут готовы проводить СЛР без ошибок. Это тоже неприемлемый процент, учитывая то, что еще меньший процент участников вообще будет делать СЛР пострадавшим на улице.
4. 47% участников курсов готовы начать делать СЛР, в случае необходимости, в реальности. При всех усилиях инструкторов научить навыкам СЛР, только половина участников будет делать то, что вы просили их делать, и только 3% из них это сделают без ошибок.

Результат 4х часового тренинга *не попадает в цель* проведения курсов по первой помощи. Но мы все бы хотели, чтобы люди в результате тренингов научились делать 2 вещи – СЛР и остановку кровотечения. Если человек не делает этого по окончании курсов – это проблема.

Что же делать? Разделив курсы по этим двум навыкам СЛР и Остановке кровотечения, мы сможем дать последнему навыку ту самую специфическую поддержку, которая ему нужна.

Немного о статистике. Она оптимистичная. В 2018 году проведен опрос в США среди «не профессионалов», окончивших курс «Stop The Bleed» - это двух часовой курс, ориентированный на остановку кровотечения. Более 90% из них были готовы использовать жгут в экстренных ситуациях. После одного часа подготовки ориентированного на жгут, томпонирование раны и давящая повязка непрофессионалы успешно это делают. Но, примерно 55% только сохраняют этот навык через 9 месяцев – это значит, что половина курсантов не сохраняет этот навык, и это не говоря еще о готовности вообще оказывать первую помощь при кровотечении. А тут готовность еще ниже, чем готовность при СЛР. При СЛР и так низкая готовность.

Мы знаем, что практические занятия помогают подготовить студента, практиканта реагировать на инциденты с кровотечением. Армия обороны Израиля провела очень интересный эксперимент. Каждый солдат армии обязан уметь пользоваться жгутом и давящей израильской повязкой и в начале курса молодого бойца все они проходят 3х часовой курс использования жгута. Но, сюрпризом стало то, что только 25% из них правильно использовали этот жгут на симуляторе в конце этого курса. Армия пришла к печальным выводам – курс остановки кровотечения должен стать другим. И изменения произошли. Курсанты теперь проходят курс, разработанный специально для использования артериального жгута, которым они пользуются каждый день.

Еще одна интересная работа, которая была проведена среди непрофессионалов, окончивших курс “Stop The Bleed” или другое название

“Bleeding Control – B-CON” – показала, что они умеют пользоваться приспособлениями по окончании курса, но, когда они их тестируют в течение года на тех же самых приспособлениях, их процент провала недопустимо высок. Это значит, что им надо снова учиться! Они никогда еще не встречали настоящего раненого и большинство из них никогда в жизни его не встретит. Еще один вывод был, что современные устройства не интуитивны и непонятны простому обывателю, и они требуют обучения выходящего за рамки прилагаемых инструкций. Инструкции, вложенной в устройство, не достаточно. Её никто не будет читать и если читают её, то она тоже не понятна. Поэтому нам **нужны новые симуляторы**. Нужны **доступные, основанные на очень доступных фильмах презентации**. Нужны **доступные сетевые ресурсы**, на которые студент может полагаться и снова тренировать самого себя.

Что было еще отмечено в ходе исследований:

1. Краткая образовательная сессия может улучшить эффективность непрофессионалов и заявленную готовность использовать жгут в экстренных ситуациях.
2. Непрофессионалы могут успешно выполнять наложение жгута после прохождения 1-часового курса.
3. Однако, только 54,5% сохраняют этот навык через 3-9 месяцев, что позволяет предположить, что исследование, переподготовка или улучшение инструкции по оказанию медицинской помощи имеют решающее значение.

Результат тренинга по остановке кровотечения

1. Практические занятия повышают уровень готовности реагировать на инциденты с кровотечением.
2. Опыт армии обороны Израиля – только 25% (!) от общего числа курсантов, закончивших курс первой помощи, смогли правильно наложить артериальный жгут.

3. Продемонстрировано, что когда неподготовленному непрофессионалу приходится использовать артериальный жгут, вероятность неудачи недопустимо высока. Современные устройства не интуитивно понятны и требуют обучения, выходящего за рамки прилагаемых инструкций.

Литература:

Resuscitation 1991. 1998.

Med Prime Care 2017.

Critical care medicine 1997.

Prehospital Disaster Medicine. 2018;33(2): 127-132.

JAMA Surgery September 2018 Volume 153, Number 9

Injuri, Int. J. Care Injured 50 (2019) 864-868.

Prehospital Emergency Care Volume 21, 2017 I.1

Journal of Trauma and Acute Care Surgery: November 2019 – Volume 87 – issue 5 - p 1096-1103

Гаркави Д.А., Гаркави А.В.

ТЕХНОЛОГИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ В ОБУЧЕНИИ НАВЫКАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Первый МГМУ им.И.М.Сеченова (Сеченовский Университет),

г. Москва, Россия

Проблема обучения навыкам первой помощи в современном мире становится все более актуальной. Создаются и совершенствуются программы и методики обучения различных контингентов – от медицинских работников до простых обывателей. Наиболее важной и наиболее сложной задачей всех таких курсов является приобретение слушателями устойчивых навыков конкретных действий. По законам педагогики приобрести устойчивый навык

можно лишь многократно в течение нескольких дней повторяя какое-то действие, но именно такое многократное повторение обеспечить крайне сложно. На обучение, как правило, отводится ограниченное время, за которое слушатель может ознакомиться с тем, как нужно выполнять необходимые действия, в лучшем случае приобрести умение (то есть способность правильно выполнять действие под руководством опытного специалиста), но не навык (то есть способность действовать полностью самостоятельно в условиях стресса и дефицита времени).

Все программы обучения первой помощи ориентированы на работу в группах, и инструктор не может индивидуально все учебное время посвятить одному слушателю. Это приводит к тому, что или слушатели выполняют то или иное действие неодинаковое количество раз в зависимости от степени собственной активности на занятии, или некоторым не хватает предусмотренного планом занятия количества подходов к тренажерам. Да и сами тренажеры могут быть недостаточно укомплектованы, выходить частично из строя, что не позволит полноценно имитировать реальную ситуацию.

Немаловажным является также так называемый «человеческий фактор» - квалификация инструктора, его настроенность на занятие, степень усталости, способность наладить необходимый контакт с группой, возможность контролировать правильность действий сразу у нескольких слушателей в группе.

Все эти проблемы могут быть решены при создании виртуальных тренажеров, с помощью которых слушатель может заниматься как в группе, так и индивидуально неограниченное время, причем все необходимые ситуации будут смоделированы в полном соответствии с реальностью, а выполняемые действия контролироваться и оцениваться согласно утвержденному протоколу.

В настоящее время совместно с компанией VRT разрабатывается виртуальный учебный комплекс, в котором будут смоделированы варианты

обучения как конкретным мануальным действиям по всем позициям «Перечня мероприятий по оказанию первой помощи» так и ситуации по всем позициям «Перечня состояний, при которых оказывается первая помощь» в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ № 477н от 4.05.2012 г.

Комплекс включает в себя очки виртуальной реальности, комплект датчиков, комплект камер для захвата движений, персональный компьютер для обработки данных и уникальное программное обеспечение с вложенными алгоритмами действий, деревом решений, и универсальной системой оценки выполненных заданий.

В настоящее время комплекс подготовлен к овладению только приемами сердечно-легочной реанимации, однако расширение его возможностей до реализации всей программы обучения первой помощи зависит прежде всего от программного обеспечения, которое продолжает разрабатываться. Несомненным достоинством обучающего виртуального комплекса является его универсальность. Изменяя, совершенствуя и корректируя программное обеспечение, можно адаптировать виртуальный комплекс для любого контингента слушателей – как простых обывателей, осваивающих начальный базовый курс, так и профессиональных спасателей, совершенствующих свои навыки расширенной первой помощи.

Гильгаль А.

ОБУЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ПРАВИЛАМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ И ВОЛОНТЕРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ

Скорая помощь Израиля «Маген Давид Адом», регион Яркон, Израиль

(расшифровка выступления)

Несколько слов об организации «Маген Давид Адом». Она является Национальным банком крови и Национальной службой скорой медицинской помощи в Израиле. Помимо этого, она является членом международной

организации Красного креста. Во время войны это вспомогательные подразделения медицинских войск армии Израиля.

Статистика 2019 года: организация «Маген Давид Адом» получила 200 000 экстренных вызовов. В этом 2020 году уже 800 000 выездов скорой помощи.

Каждые 15 секунд поступает вызов на пульт и каждые 46 секунд выезжает автомобиль скорой медицинской помощи на вызов.

В Организации 9 региональных диспетчерских и 1 большая центральная диспетчерская.

Скорая помощь – это целый организационный ресурс. К больному поедет самая близко расположенная бригада.

Несколько слов о «Цепочке выживания». Происходит экстренный случай, вызывается скорая помощь (базовая реанимация, дефибриляция) для эвакуации в больницу. Что происходит в эти 5 минут в лучшем случае или 10 минут в худшем случае? В любой стране это выглядит примерно одинаково. 4 первые минуты, в течение которого умирает мозг. Именно эти минуты могут спасти пострадавшего, пока едет скорая помощь.

Что сделала организация для этого:

1. Всеобщий ликбез. Связь с населением. В первую очередь, использовали израильский менталитет – основные моменты – взаимопомощь и святость жизни, чему обучают с малых лет детей. **«Закон доброго самаритянина».** Оказывать помощь на улице всякому, кто в ней нуждается – это Закон. **«Спасший одну жизнь спасет целый мир».**
2. Подключили всех медиков, которые не входят в организацию к общей системе «Маген Давид Адом». При несчастном случае они получают информацию на смартфон о произошедшем и прибывают к месту быстро, если они находятся рядом. Плюс в том, что они могут оказать профессионально первую помощь на месте, грамотно вызвать скорую помощь, объяснить, где они находятся и, что случилось, что

происходит, что тоже очень важно! Эти люди получили медицинские укладки, полуавтоматические дефибрилляторы. Все это есть у них в личных автомашинах.

«Технологии в деталях» - ролик.

В Израиле под эгидой МАДА существует 1080 амбулансов, 1850 работников центров, 17000 добровольцев.

Каждый, кто звонит в «101», получает ответ в течение 4 секунд максимум.

Процесс может быть еще быстрее, т.к. можно скачать приложение на смартфон, которое автоматически настраивается на родной язык пользователя, определяет место происшествия. Пострадавшему или тому, кто рядом с ним находится, не надо тратить время на разъяснения своего местоположения, программа автоматически переадресует вызов ближайшему отделению скорой помощи, молниеносно переводит на иврит сообщение с любого языка (от клиента оператору и обратно).

Не успели скачать программу – не беда, можно использовать WhatsApp. Просто скажите, где вы. Включите функцию программного обеспечения «Геолокация» и функцию «Видеочат». В центре, как в штабе – большие экраны с местами происшествий и количествами вызовов в режиме реального времени. Звонок о помощи каждые 15 секунд, 2100000 звонков в год, отправление автомобиля скорой помощи каждые 45 секунд, 300000 автомобилей в год. Итог - десятки тысяч жизней спасенных жизней!

Система самая совершенная и передовая в мире. Стали делиться опытом с другими странами.

3. Происходит разъяснительная работа среди населения. Пример детского садика, где начинают обучать детей, что делать при падении, ушибе и т.д.

4. Парамедики участвуют в разных ТВ-программах, где рассказывают о своей работе.
5. Скорая помощь «Маген Давид Адом» - это уже как всемирно известный бренд, как «Рибок» как «Диор».
6. Здоровая пропаганда через социальные сети.
7. Рекламные ролики на телевидении для общества. Различные ситуации в жизни – пример ТВ рекламы про инсульт (как правильно понять, когда происходит инсульт, его признаки: асимметрия лица, спутанная речь, слабость в конечностях – срочно звоните 101!).
8. Курсы для различных групп населения: например, водителей такси или спасателей в бассейнах. Обязательные 20 часов курс первой помощи. Пройдя курсы и получив навыки, они становятся **«активными прохожими»**, если что-то происходит (цель – оказать пострадавшему помощь в первые 5 минут после происшествия!).
9. Обязательные курсы для государственных служащих.
10. Молодежное движение (**волонтерство**) - с 15 -16 лет курсы, затем место в линейных бригадах скорой помощи. Это движение в Израиле насчитывает 15000 человек. Лагерь и курсы на каникулах, где учатся первой помощи, занимаются гуманитарной деятельностью, собирают еду нуждающимся, стоят в торговых центрах и измеряют давление, уровень сахара в крови из пальца, ведут разъяснительную работу среди населения.
11. Летние детские лагеря для тех, кто еще не волонтер (с 12 лет) по всей стране. 6000 подростков – незаменимый резерв.
12. Добровольцы-волонтеры. На каждого сотрудника скорой помощи «Маген Давид Адом» приходится 10 волонтеров. Это дополнительно две руки в каждой бригаде скорой помощи. Зачем они нужны? Во-первых, они сокращают время реагирования. Во-вторых, это экономия финансовых ресурсов. В-третьих, они помогают развитию организации – помощь в различных проектах и на местах. В-четвертых, молодые

волонтеры создают следующие поколения. Сегодня они волонтеры, завтра сотрудники скорой помощи! В - пятых, воспитывают качественную молодежь.

13. Кто является волонтером? Волонтеры – это люди с 15 до 70 лет со своими профессиями, со своей ежедневной работой, которые приходят помогать каждый день!

Гладилин А.В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ СРЕДНЕГО И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Главное управление МЧС России по г. Москве, Федеральное государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия

Одним из важнейших моментов формирования личности ребёнка, а также подготовки ребёнка к действиям в нестандартных, порой угрожающих жизни ситуациях, является обучение первой помощи. Моя практика показывает, что в пятилетнем возрасте ребёнок способен моделировать не сложные ситуации, осознавать опасность для своей жизнедеятельности и принимать правильные решения.

В процессе обучения преподаватель должен, уметь анализировать данные и выдавать информацию в том виде, в котором она будет понятна ребёнку. При обучении преподаватель может оценивать эффективность процесса обучения, при этом важно выявить такие моменты, как важность получаемой детьми информации, интересность программы и доступность (восприятие) получаемой информации, баланс между изучаемыми темами.

Так же преподаватель может в игровой или иной форме определить результат обучения (уровень полученных знаний в сравнении со знаниями в начале процесса обучения).

В психологии существует несколько моделей поведения преподавателя¹:

- диктаторская модель, при которой преподаватель отстранён от обучаемых, при этом обучаемые для преподавателя – это безликая масса слушателей. Личностное взаимодействие отсутствует. Педагогические функции сведены только к информационному сообщению.

- неконтактная модель, близка по своему психологическому содержанию к первой модели. Разница в том, что между преподавателем и обучаемыми существует слабая обратная связь ввиду произвольно или непроизвольно созданного барьера. В роли такого барьера могут выступать отсутствие желания к сотрудничеству с какой-либо стороны, информационный, а не диалогичный характер занятия, непроизвольное подчёркивание преподавателем своего статуса, снисходительного отношения к обучаемым.

- модель дифференцированного внимания, которая основана на избирательных отношениях к ученикам. Преподаватель ориентирован не на весь состав класса, а лишь на часть: на более талантливых и успевающих, по мнению преподавателя, или же, напротив, на слабых, на лидеров или на аутсайдеров. Педагог ставит их в положение своеобразных индикаторов, по которым ориентируется в настроении всего коллектива, концентрирует на них своё внимание. Одной из причин такой модели поведения может явиться неумение сочетать индивидуальную работу с фронтальным подходом.

- гипорефлексная модель, которая заключается в том, что преподаватель в общении замкнут на себе: это монолог. Разговаривая преподаватель слышит только самого себя и никак не реагирует на

¹ Бодалев А. А. Психология общения. – М., 2002.

слушателей. В диалоге оппоненту бесполезно вставить реплику, она просто не будет воспринята.

– гиперрефлексивная модель, которая противоположна по психологической канве предыдущей. Преподаватель озабочен не столько содержательной стороной взаимодействия, сколько тем, как он воспринимается окружающими. Межличностные отношения возводятся им в Абсолют, приобретая доминирующее значение для него, он постоянно сомневается в действенности своих аргументов, в правильности своих поступков, остро реагируя на нюансы психологической атмосферы, принимая их на свой счёт, такой преподаватель подобен обнажённому нерву.

– модель негибкого реагирования. Взаимоотношения педагога с учащимися строятся по жёсткой программе, где чётко выражаются цели и задачи заданий, дидактически оправданы методические приёмы, имеет место безупречная логика изложения и аргументации фактов, отшлифованы мимика и жесты, но преподаватель не обладает чувством понимания меняющейся ситуации общения. Им не учитываются педагогическая действительность, состав и психическое состояние учащихся, их возрастные, индивидуальные и этнические особенности. Идеально спланированная и методически разработанная любая деятельность разбивается о рифы социально-педагогической действительности, не достигая своей цели.

– авторитарная модель общения, при которой учебно-воспитательный процесс целиком фокусируется на преподавателе. Он – главное и единственное действующее лицо. От него исходят вопросы и ответы, суждения и аргументы. Практически отсутствует творческое взаимодействие между учителем и учащимися. Односторонняя активность педагога подавляет всякую личную инициативу со стороны учащихся, которые осознают себя лишь в качестве исполнителей, ждут инструкций к действию. До минимума снижается их познавательная и общественная активность.

– активное взаимодействие, при котором преподаватель постоянно находится в диалоге с воспитанниками, держит их в мажорном настроении, поощряет инициативу, легко определяет изменения в психологическом климате ученического коллектива и гибко реагирует на них. Преобладает стиль дружеского взаимодействия с сохранением ролевой дистанции.

Каждый преподаватель вправе выбрать свою модель поведения с учениками, однако моя практика преподавания первой помощи детям в школе и студента в ВУЗ показала, что наиболее успешной моделью поведения является модель активного взаимодействия.

Одной из методик преподавания, принятой мною на вооружение, является так называемое «проблемное образование». Эта методика основывается на активном взаимодействии ученика и преподавателя, введение учеников в нестандартную ситуацию и, путём корректировки вариантов ответов или манипуляций над ними, принятие учениками верного решения. В результате мы получаем более эффективное изучение нового материала, рефлекссию и закрепление полученных знаний.

Для получения большего эффекта при работе с детьми школьного возраста на первоначальном этапе необходимо переключить их внимание на изучаемую тему. Это можно сделать путём введения учеников в нестандартную для них ситуацию и дать возможность предоставить свои варианты ответов.

Так же можно использовать различные игры и загадки, связанные с оказанием первой помощи, чтение стихов. В процессе обучения важно использовать положительные примеры оказания первой помощи одними детьми другим детям, с позитивным развитием событий и позитивным результатом их действий.

В своей практике я применял различные эстафеты, в которых ученики отрабатывали простейшие манипуляции по первой помощи, пожарной безопасности и др.

При обучении детей первой помощи важно понимать, что предоставляемая информация должна быть дифференцирована в соответствии с возрастной категорией детей. На первых шагах необходимо давать базовые знания по обеспечению личной безопасности детей, при этом с каждым годом наращивать объём информации, навыков и знаний.

Для закрепления полученных знаний и навыков с детьми необходимо использовать практику, т.е. задействовать помимо зрительной и слуховой памяти ещё и двигательную память, её ещё называют «мышечной памятью». Это даст наилучший эффект, при нахождении ребёнка в стрессовой ситуации, обеспечить максимальный уровень личной безопасности.

Если организация обучения школьников выполнена правильно, то в результате мы получаем интерес к занятиям, а ученики, в свою очередь, полезные навыки и опыт.

При обучении студентов ВУЗ первой помощи важно развить в них заинтересованность в занятиях, в процессе обучения научить правильно действовать в различных жизненных ситуациях, связанных с необходимостью оказания первой помощи, а так же постоянно отрабатывать навыки оказания первой помощи пострадавшим. При этом важно использовать новые технологии при моделировании различных ситуаций, связанных с необходимостью оказания первой помощи, такие как манекены и тренажёры по отработке навыков по проведению сердечно – лёгочной реанимации, накладки имитаторы травм и ранений, презентации с понятной инфографикой, показ социальных роликов в области оказания первой помощи и др.

В своей преподавательской деятельности я использую как методику «проблемного образования», о которой я писал выше, так и «гипотезу поэтапного формирования умственных действий Гальперина»², которая говорит о том, что процесс обучения представляет собой непрерывную цепь

² Гальперин П. Я. Методы обучения и умственное развитие ребенка. М., 1985

различных действий, таких как: умственные, перцептивные, речевые и физические.

В рамках данного подхода создаются условия, которые обеспечивают формирование новых знаний и умений с заданными показателями. При этом необходимо соблюсти следующие условия:

- формирование мотивации действий ученика;
- обеспечение правильного выполнения нового действия;
- воспитание («отработка») его желаемых свойств;
- превращение действия в умственное, путем его поэтапной отработки.

Проще говоря, при обучении студентов ВУЗ первой помощи, необходимо с использованием различных педагогических методик рассказывать о процессах, происходящих в организме человека при угрожающих жизни состояниях, опасности этих состояниях, манипуляциях по предотвращению ухудшения или стабилизации угрожающих жизни состояний, при которых необходимо оказывать первую помощь, и, с помощью отработки действий по оказанию первой помощи, мотивировать учеников на оказание первой помощи.

Учитывая тот факт, что процесс обучения студентов ВУЗ не является непрерывным, то количество учебных часов, выделенных на изучение раздела «Первая помощь», мне пришлось увеличить приблизительно на 30%, превысив 27 академических часов.

Для развития способностей студентов в программу обучения я включил методику учебно – речевой деятельности, когда в конце каждой лекции студенты в течение 2-3 минут громко вслух, тезисно проговаривают основные понятия и последовательность действий по оказанию первой помощи по только что изученным темам. Это позволяет более качественно запомнить изучаемый материал и акцентировать внимание на правильности оказания первой помощи при различных состояниях пострадавшего. Те же манипуляции необходимо повторить в начале следующего дня занятий.

На каждом занятии важно повторять универсальный алгоритм оказания первой помощи. Это позволит обеспечить безопасность учеников и выработать у них правильную последовательность действий в случае оказания первой помощи пострадавшему.

Также по завершении каждой лекции я предлагаю студентам написать эссе по изученной теме. Это необходимо для закрепления материала, а так же даёт возможность мне, как преподавателю, увидеть те места, где необходимо произвести коррекцию предоставленной информации и коррекцию знаний студентов.

Одним из ключевых направлений в обучении учеников школ и студентов ВУЗ первой помощи является унифицированность, дифференцированность и доступность системы обучения.

Литература:

1. Бодалев А. А. Психология общения. – М., 2002.
2. Гальперин П. Я. Методы обучения и умственное развитие ребенка. М., 1985.

Гуменюк С.А., Неудахин Г.В., Гуськова О.В.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

ГБУЗ города Москвы «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия

ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации
здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 внесла коррективы во все сферы деятельности. Учебный процесс в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Научно-

практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ЦЭМП) не стал исключением.

После выхода Указа Мэра Москвы от 5 марта 2020 года № 12-УМ «О введении режима повышенной готовности» ЦЭМП был вынужден приостановить учебную деятельность, а именно отменить занятия по первой помощи с педагогами подведомственных Департаменту образования и науки города Москвы организаций, а также с иными категориями граждан.

С одной стороны, это бесспорно негативный момент, поскольку пострадала плановая деятельность учебного отдела, а педагоги, сотрудники ГИБДД, судебные приставы, и др. остались без подготовки и не получили в запланированные сроки документ о повышении квалификации. Но, с другой стороны, это послужило толчком для развития учебно-методической базы ЦЭМП. А именно, коллектив учебного отдела приступил к формированию учебных материалов для перевода теоретической части курса первой помощи на дистанционный формат: проводилась вдумчивая, неторопливая корректировка имеющихся презентаций, на презентации был наложен закадровый текст, что позволит слушателям курсов приблизить самостоятельный просмотр презентаций к присутствию на лекции; были созданы новые материалы, переработан и расширен банк тестовых заданий и ситуационных задач для входного, промежуточного и заключительного контроля знаний. В первую очередь методические материалы были дополнены с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации по оказанию первой помощи в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Силами работников ЦЭМП снимаются и монтируются короткие видеоролики по различным темам, касающимся первой помощи. Эти ролики будут доступны не только в рамках дистанционной части курса первой помощи, а также будут в свободном доступе размещены на официальном сайте ЦЭМП и в социальных сетях. Это, по нашему убеждению, повысит мотивацию к оказанию первой помощи у подписчиков наших страниц, среди

которых много не только медицинских работников, но и людей, далеких от медицины.

Параллельно с развитием учебно-методической базы проводится работа по созданию дистанционной образовательной платформы. Каждый зарегистрированный на цикл слушатель получит доступ к личному кабинету, где сможет разместить необходимые для зачисления документы, а также получить индивидуальный план прохождения дистанционного раздела цикла. Преподаватель, в свою очередь, сможет отслеживать прохождение разделов и тем каждым слушателем, будет иметь возможность проверять и оценивать выполнение входного контроля знаний и промежуточных заданий, а также принимать решение о допуске слушателя к практической части курса.

Поскольку посещение ЦЭМПа посторонними лицами до сих пор ограничено, мы не можем в настоящий момент проводить очные занятия со слушателями на территории учебного отдела. Пользуясь свободным от аудиторных занятий временем, работники учебного отдела провели ревизию манекенов, пополнили запасы расходных материалов, а администрация ЦЭМПа работала над улучшением условий пребывания для будущих слушателей: в учебных классах, коридорах и санузлах проведен ремонт, закуплена новая мебель, приобретены интерактивные доски.

Как только ограничения, не позволяющие проводить занятия базе ЦЭМПа, будут сняты, мы в течение нескольких дней восстановим очные курсы, скорее всего малыми группами, с соблюдением всех требований, отраженных в письме Главного внештатного специалиста Минздрава России по первой помощи, д.м.н., Л.И. Дежурного. Также мы надеемся, что Департамент образования и науки города Москвы разрешит нам проводить обучение педагогов на выездных занятиях в школах, как мы это успешно и делали на протяжении прошлых лет.

Несмотря на все трудности и ограничения, ЦЭМП с июля возобновил работу учебного отдела. По просьбе Начальника Управления ГИБДД ГУ МВД России по г. Москве полковника полиции Ю.А. Дроганова и по

поручению заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы А.С. Токарева преподаватели учебного отдела ежедневно проводили учебно-методические занятия с сотрудниками ГИБДД г. Москвы по вопросам оказания первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

Специалисты ЦЭМПа, привлеченные к проведению занятий, соблюдают все требования по безопасности участников образовательного процесса: занятия проводятся малыми группами, соблюдается социальная дистанция, пользуются антисептиками для обработки манекенов, перчаток, все находится на занятии в медицинских масках и перчатках, к занятию не допускаются лица с признаками ОРВИ и повышенной температурой тела. Если позволяют погодные условия, занятия проводятся на улице на открытой хорошо проветриваемой площадке, тогда инструктор может снять маску во время объяснения материала.

Во избежание утраты навыков преподавателями во время вынужденного простоя, а также с целью освоения новых требований в оказании первой помощи, внесенных пандемией COVID-19, с работниками ЦЭМПа регулярно проводятся тренинги.

Гур В.А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ КАК СИСТЕМА ЗНАНИЙ

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»,
учебно-методический центр, г. Москва, Россия

В силу своей простоты первая помощь часто воспринимается людьми как нечто не достойное серьёзного внимания и изучения. Информация, которую человек получает с детства, полностью удовлетворяет его любопытство.

В специализированной медицинской литературе рассматриваются различные профильные вопросы, тогда как возможности оказания первой помощи в сферу интересов этих материалов не попадают.

Например, на сегодняшний день, применение холода на догоспитальном этапе недооценивается.

В настоящее время холод используют для перевозки донорских органов, при травматической ампутации для сохранения различных частей тела.

Однако есть исследования подтверждающие перспективность и целесообразность применения гипотермии при остром ишемическом инсульте и травмах центральной системы. [9]

В первой помощи холод преподносится как вспомогательный способ временной остановки кровотечений, но не рассматривается как возможность профилактики преждевременной гибели тканей. Ни в одном источнике нам не удалось найти рекомендации применения холода при наружных кровотечениях с этой целью!!! Его предлагают применять только при носовых и внутренних кровотечениях.

В учебных материалах по первой помощи сложился определенный «незыблемый» стиль изложения. В настоящее время изучение проводится по темам, ничем не связанным между собой. Каждое отдельно взятое издание не содержит никаких противоречий, но при сравнении его с другим учебным пособием часто обнаруживаются разночтения:

Какое положение пострадавшего должен выбрать спасатель при травме живота: - положение полусидя [10]; – лежа на спине [2]; – на спине с полусогнутыми ногами и подушкой под головой [6]; - на спине с валиком под полусогнутыми разведенными ногами [4]?

В какое место надо надавливать на грудную клетку при проведении реанимации - 2 пальца выше мечевидного отростка[2]; - 3-4 см выше мечевидного отростка[5]; на нижнюю треть грудины[8] или на середину грудной клетки[4]?

Введение ложки между зубами при эпилептических припадках – необходимость или ошибка?

При условии достаточно быстрого оказания медицинской помощи пострадавшему все это не создает серьезных проблем. Но время прибытия бригады скорой помощи к месту происшествия в крупных городах, составляет 15-20 минут, а в загородной зоне значительно дольше [1]. Если медицинская помощь задерживается, у людей возникает вопрос «что делать?» На занятиях этот вопрос можно задать преподавателю, но в жизни его рядом не будет!

В нашей стране, с её огромными расстояниями, необходимо изучать дополнительные возможности в оказании первой помощи пострадавшим.

Например, после остановки кровотечения при большой кровопотере дополнительно можно, наложить шину для замедления кровотока, дать пострадавшему напиток для восстановления объема циркулирующей крови, накрыть его одеялом для предупреждения переохлаждения, охладить обескровленную конечность для увеличения времени жизнеспособности обескровленных тканей.

Учесть варианты развития событий на все случаи жизни нельзя, механическое запоминание основных алгоритмов полностью проблемы не решает. Как следствие возникает необходимость изучения первой помощи в виде системы знаний. Эта система должна быть настолько простой, чтобы исключались любые противоречия.

При этом информация должна быть доступной для понимания любого человека, не зависимо от уровня его образования.

Для того чтобы устранять выявляемые разночтения необходимы прикладные знания анатомии.

Так на каркасе грудной клетки легко объяснить различия описаний, куда именно надавливать при проведении реанимации. В разных источниках даются различные описания, но точка приложения силы описывается одна и та же.

Одновременно можно обосновать правила нажатия на грудную клетку при проведении реанимации:

Нажимать надо на грудину, распределять давление вдоль грудины и давить вертикально, строго к позвоночнику. Нарушение этих правил приведет к неправильному распределению нагрузки и увеличит риск перелома ребер.

Знание анатомии позволяет наглядно разъяснить возможности первой помощи при судорожных припадках: язык не западет - «вытаскивать» его не надо; зубы разжимать нельзя - применение ложки между зубами рекомендуется не в качестве рычага, а как возможность предотвращения получения дополнительных травм слизистых полости рта во время эпилептического статуса.

При кажущейся сложности предлагаемых изменений в курсе первой помощи, систематизированная информация намного упрощает обучение, дает понимание цельности знаний и уверенности в своих силах.

В качестве примера можно привести внутренние кровотечения:

При подозрении на внутреннее кровотечение имеют значение всего два обстоятельства, определяющие возможности оказания первой помощи - это способы физического воздействия (покой, холод и гравитация - путем придания возвышенного положения травмы относительно сердца) и полости в которые может изливаться кровь (полость черепа, полость грудной клетки и брюшная полость).

Такой упрощенный подход позволяет быстро и грамотно оказать необходимую помощь пострадавшему с подозрением на внутреннее кровотечение. При этом участник оказания первой помощи не ставит диагноз, а исходит из **вероятности** наличия **внутреннего кровотечения**, и что важно, не наносит никакого вреда.

Более того, эти критерии востребованы и при инсульте, и при выборе транспортных положений в зависимости от локализации травм, в том числе и травмы живота о которой упоминалось ранее.

За внешней простотой способов оказания первой помощи скрыто множество нюансов, порой играющих определяющее значение в судьбе пострадавшего. Умение правильно реагировать на изменение условий – процесс творческий, предполагающий элементарное клиническое мышление, которое невозможно без системных базовых знаний.

Наличие базовых знаний позволит изучать способы оказания первой помощи с позиции ее возможностей (что можно сделать в конкретном случае?), а не просто запоминать алгоритмы, что качественно повысит усвоение учебных материалов.

Подводя итог, следует отметить, что хотя первая помощь перестала быть «медицинской», тем не менее, она остается разделом медицины. А это предполагает определенную ответственность, как со стороны науки, так и со стороны её последователей.

Литература:

1. Бояринцев В.В. с соавт. Первая помощь: кровотечения / под ред. Л.И.Дежурный. –Воронеж, 2013.
2. Глыбочко П.В. с соавт. Первая медицинская помощь: Учебное пособие. – М.: Издательский центр «Академия», 2012.
3. Гур В.А. Первая помощь: Возможности, которые мы упускаем. Курс лекций. 3-е изд. – М.: Известия, 2017.
4. Дежурный Л.И. Первая помощь учебное пособие. – 2018.
5. Малышев В.Д. Интенсивная терапия, реанимация. Первая помощь. – М., 2000.
6. Мюллер З. Неотложная помощь: Справочник практического врача. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
7. Рекомендации ЕСР. – 2015.
8. Сумин С.А. Неотложные состояния. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 960с.

9. Торосян Б.Д. с соавт. Краниocereбральная гипотермия – эффективное средство нейропротекции у пациентов с инфарктом мозга //Анестезиология и реаниматология. – 2018. –№3. –С. 58–63.

10. Юстас Я. Атлас первой помощи. – Братислава: Освета Мартин, 1974.

Дежурный Л.И., Белова А.Б.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАЗВИТИИ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации
здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия

ФГБУ «Федеральный ресурсный центр по информатизации и
технологическому развитию» Минздрава России, г. Москва, Россия

В настоящее время существует необходимость применения информационных технологий в целях формирования единого информационного пространства всех участников развития системы оказания первой помощи: профильного сообщества специалистов первой помощи, обучаемого контингента, спасателей, волонтеров-медиков, специалистов органов управления здравоохранением курирующих нормативное обеспечение и других участников.

Основными направлениями применения современных информационных технологий, определяемые функциональными задачами, решаемыми при развитии системы оказания первой помощи, являются:

- развитие единого информационного ресурса о первой помощи, являющегося базовой площадкой для взаимодействия главных внештатных специалистов регионов по первой помощи и различного контингента участников системы оказания первой помощи, централизованное формирование и размещение информационных и методических материалов;

- формирование и ведение общероссийского регистра обученных навыкам оказания первой помощи, что позволит организаторам здравоохранения привлекать при необходимости указанных специалистов к участию в различных массовых мероприятиях;

- формирование и ведение общероссийского регистра преподавателей первой помощи и организаций, рекомендованных профильным сообществом для организации обучения, что позволит систематизировать образовательный процесс и повысить качество подготовки навыкам оказания первой помощи;

- организация мониторинга уровня подготовки различного контингента обучаемых навыкам оказания первой помощи и потребности дальнейшего обучения, выявление проблемных методических вопросов, требующих корректировки образовательных программ;

- наращивание коммуникационной активности участников системы оказания первой помощи (дистанционное обучение теоретическим аспектам, видеотрансляция научно-методических и практических мероприятий (соревнований команд, участие в учениях, выездных мастер-классах);

- создание различных сервисов (мобильное приложение, личный кабинет участника системы оказания первой помощи, систем дистанционного мониторинга и поддержки решений) в целях повышения уровня информированности о первой помощи, мотивации привлечения различных групп населения к обучению и оперативной координации участников системы оказания первой помощи и другие.

При развитии данных направлений необходимо учитывать основополагающие нормативные и программные документы, определяющие вектор применения информационных технологий в экономике и здравоохранении, включая:

- Национальную программу «Цифровая экономика Российской Федерации», предусматривающую создание современной высокоскоростной инфраструктуры хранения, обработки и передачи данных, обеспечение устойчивости и безопасности ее функционирования, поддержку развития

перспективных «сквозных» цифровых технологий, повышение эффективности государственного управления;

- Национальный проект «Здравоохранение», один из федеральных проектов которого «Создание единого цифрового контура в здравоохранении» реализуется в целях повышения эффективности функционирования системы здравоохранения путем создания механизмов взаимодействия медицинских организаций всех уровней на основе Единой информационной системы в сфере здравоохранения;

- Постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2018 г. № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения», которым определены задачи, структура, порядок ведения, участники информационного взаимодействия и порядок обмена информацией с использованием Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

Одним из базовых информационных ресурсов ЕГИСЗ является «Федеральный регистр медицинских работников» (ФРМР), обеспечивающий ведение единой федеральной информационной базы данных о медицинских работниках системы здравоохранения Российской Федерации. ФРМР реализует сбор и анализ сведений в части кадрового обеспечения медицинских организаций, а также является инструментом для мониторинга, анализа и стратегического планирования кадровых ресурсов в сфере здравоохранения как на уровне субъекта Российской Федерации, так и на федеральном уровне.

Учитывая, что применение информационных технологий обеспечивает однократный ввод и многократное использование первичной информации, целесообразно использовать методологию формирования и ведения ФРМР при формировании регистра обученных навыкам оказания первой помощи и регистра преподавателей первой помощи, а в дальнейшем обеспечить их интеграцию.

Одновременно, необходимо учитывать, что система оказания первой

помощи является междисциплинарным научным направлением, аккумулирует знания и практики, реализованные в различных отраслях экономики (здравоохранении, образовании, производстве) а также опыт подготовки и оснащения различного контингента (военнослужащих, спасателей, сотрудников полиции, экипажей воздушных судов и других) что определяет дальнейшую потребность совместного применения и консолидации данных из различных информационных ресурсов (функционального назначения и ведомственной принадлежности) для решения задач развития системы оказания первой помощи.

Дивавина Ю.Е.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

ПОУ «Североуральская спортивно-техническая школа РО ДОСААФ России», Свердловская область, Россия

Программа обучения «Первая помощь при ДТП» является обязательной частью программ подготовки водителей транспортных средств, введенных в действие приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении примерных программ профессионального обучения водителей транспортных средств соответствующих категорий и подкатегорий» от 26 декабря 2013 года №1408.

Обучая водителей транспортных средств дисциплине «Первая помощь при ДТП», мы выделили ряд особенностей:

1. Мотивационный аспект в обучении.

Нормативно-правовая база, применяемая к водителям транспортных средств, позволяет сформировать мотивацию к обучению первой помощи. Например, согласно Постановлению Правительства РФ от 23.10.1993 №1090 «О Правилах дорожного движения» п. 2.6. Если в результате дорожно-

транспортного происшествия погибли или ранены люди, водитель, причастный к нему, обязан принять меры для оказания первой помощи пострадавшим, вызвать скорую медицинскую помощь и полицию.

На первом занятии, мы рассказываем про особенности нормативно-правовой базы для водителей транспортных средств, а также обозначаем значимость первой помощи.

2. Акцентные темы.

Занятия по первой помощи в автошколах проводятся в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 N 477н , где прописаны состояния при которых оказывается первая помощь и мероприятия по оказанию первой помощи. Несмотря на перечень состояний, мы выделили те состояния, которые могут угрожать жизни пострадавшего в момент автомобильной аварии, таким состояниям на занятиях уделяется больше времени и внимания. Также, особое место на занятиях занимает тема психологической поддержки, так как в момент дорожно-транспортного происшествия люди испытывают различные стрессовые реакции, поэтому как пострадавшим, так и оказывающим первую помощь, знания основ психологической поддержки помогает в понимании поведения человека и адаптации оказания первой помощи под них.

3. Практическая отработка действий по оказанию первой помощи.

Для обучения водителей навыкам оказания первой помощи важно не только рассказать теоретическую часть программы, но и практически отработать действия по оказанию первой помощи. В автошколах есть весь необходимый перечень оборудования для практики и расходные материалы, что позволяет нам в полной мере отработать проведение сердечно-легочной реанимации, наложение давящих повязок, жгутов и т.д.

4. Разыгрывание и последующий разбор ситуационных задач.

Ситуационные задачи, при которых каждый участник группы пробует себя в роли и пострадавшего и оказывающего помощь, проводятся на заключительном занятии, что позволяет закрепить теоретические и

практические знания, а также разобрать верные и неверные действия друг друга. Такой формат занятий мы проводим в игровой форме, во избежание психологической травматизации участников учебного процесса.

Особенностью проведения занятий, мы выделяем приведение примеров из практического трудового опыта преподавателя, а также выработку психологической готовности к оказанию первой помощи у участников группы.

Несмотря на выявленные особенности проведения обучения у водителей, нами были выявлены проблемные моменты:

1. Заучивание экзаменационных вопросов по первой помощи. Экзаменационные билеты содержат двадцать теоретических вопросов по первой помощи, учащийся может выучить правильные ответы, при этом не изучая дисциплину «Первая помощь при ДТП».

2. Теоретические занятия. Преподаватели только рассказывают теоретическую часть учебной программы, либо сами показывают действия по оказанию первой помощи, не привлекая к этому участников группы.

3. Формальное проведение занятий. В автошколах не проводятся занятия по первой помощи, а в «Свидетельстве об окончании» указывается прохождение дисциплины.

Решением данных проблемных моментов мы видим введение практического экзамена в автошколах. Проведение практического экзамена поднимет уровень знаний и навыков у водителей в области оказания первой помощи, а также повысит качество оказания первой помощи в случае происшествия.

Литература:

1. Первая помощь: учебное пособие для лиц, обязанных и (или) имеющих оказывать первую помощь. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2018, 97 с.

2. Правила дорожного движения 2020. Официальный текст с иллюстрациями, Питер СПб, 2020, 96 с.

3. Экзаменационные билеты для приема теоретических экзаменов на право управления транспортными средствами категорий «А», «В», «М», Рецепт-Холдинг, 2020, 208 с.

Димитрюк Л.А.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КУРСОВ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

СПб ГБПОУ «Медицинский колледж им. В.М. Бехтерева»,

г. Санкт-Петербург, Россия

В современных условиях, когда чрезвычайные ситуации становятся «привычными», обучение студентов медицинского колледжа, готовящего медицинских сестер практическим навыкам в подобных ситуациях является одной из важных задач. Согласно специфике профессии, действующая медицинская сестра при необходимости становится внештатным специалистом службы медицины катастроф. Следует также учесть, что средние медицинские работники, как и любые другие медики, по мнению обывателей должны иметь навыки оказания первой помощи априори. К сожалению, на сегодняшний день первая помощь не входит в перечень предметов, обязательных к освоению, и потому выпускники медицинских колледжей порой имеют смутное представление о мероприятиях первой помощи. Говорить о том, что они готовы действовать в экстремальной ситуации и помочь пострадавшему с целью оказания им первой помощи при неотложных и экстремальных состояниях, не приходится.

Решение вопроса подготовки медсестер к профессиональным действиям по оказанию первой помощи возможно пока через организацию внеаудиторных занятий, например, на курсах первой помощи.

Курсы первой помощи на базе медицинского колледжа им. В.М. Бехтерева зародились в апреле 2015 г. на добровольной основе. На сегодняшний день на курсах обучилось порядка 250 человек из числа студентов колледжа. Курсантами (студенты колледжа, которые посещают курсы первой помощи) становятся не все студенты учебного заведения, а только те, кто увидел объявление о наборе на курсы (осуществляется только в начале учебного года, в конце сентября), кого позвали знакомые студенты, уже являющиеся курсантами. Иногда студенты выпускных курсов очень сожалеют, что не прошли обучение на курсах, когда были помладше, потому что на последнем году обучения загруженность больше и тратить один день в неделю для них порой является критичным.

Обучение осуществляется согласно разработанной программе, рекомендациям МЧС на основе Приказа Министерства здравоохранения и социального развития № 477н от 04.05.2012 г. «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи». В сентябре каждого учебного года на утверждение предметной цикловой комиссией подается общий план и тематический план проведения подготовки студентов МК им. В.М. Бехтерева (курсов первой помощи «Светоч») к участию в социально-значимых мероприятиях и в соревнованиях различного уровня.

Каждое занятие проходит строго в соответствии с разработанным планом, рабочей программой, утвержденной директором колледжа. Программа рассчитана на 32 академических часа по тематике и является неким продолжением программы «Оптимальная», что используется для подготовки во Всероссийском проекте «Спасатель. Рядом». По факту занятий в течение учебного года получается значительно больше, чем запланировано по программе, так как требуется значительное время для отработки навыков и их закрепления. По мере готовности курсантов к действиям в экстремальной ситуации на базе колледжа или в ближайшем парке проводятся тренировочные дни (2-3 раза за учебный год, по мере

возможности) с привлечением статистов из числа «гражданского» населения, готовится и накладывается почти профессиональный грим с имитацией раневых поверхностей, что обеспечивает большую реалистичность происходящего. Оценка действий команд спасателей осуществляется на основании протоколов. Сценарий, подготовка статистов, грим, и наложение грима, приготовление антуража, составление протоколов, организация работы тренировочного дня в целом ложится на плечи выпускников курсов и колледжа прошлых лет.

После подобных занятий в обязательном порядке происходит разбор происходившего спасения на разных станциях, с выявлением общих и частных ошибок, как команды в целом, так и отдельных героев, с похвалой и порицанием. Удерживать внимание и интерес к курсам позволяет постоянная мотивация и проведение занятий в нестандартной форме. Иногда это игровые ситуации, в другой раз – это решение ситуационных задач, и при этом постоянно отрабатываются уже изученные манипуляции. Чаще всего занятия проходят в режиме интерактива, с сохранением неформальной обстановки. Моделируются игровые ситуации с разделением ребят на статистов (пострадавших) и спасателей. На сегодняшний день курсы первой помощи «Светоч» представляют собой хорошо отлаженный инструмент, способствующий повышению качества профессионального образования студентов, занятых во внеаудиторное время получением практических навыков, реализации их в добровольческой деятельности и готовых в любой момент оказать при необходимости первую помощь пострадавшим вне лечебного учреждения.

В течение учебного года курсанты занимаются в большом объеме добровольческой деятельностью, обучая население разных возрастных категорий навыкам оказания первой помощи. Курсанты имеют большой опыт проведения мастер-классов. Пусть это демонстрация навыков по укладыванию пострадавшего в устойчивое боковое положение или вызов СМП, действия при ожогах и отморожениях, первичный и вторичный осмотр

пострадавшего для второклашек, но это всегда будет выполнено с чувством необходимости обучить кого-то другого, рассказать другому все, что ты знаешь сам. Для курсантов это первый опыт инструкторской деятельности, желание быть лучшим, это желание проявить себя, свой уровень знаний и умений в настоящий момент в деле спасения жизни человека.

Следует отметить взаимодействие курсов с различными организациями и учреждениями, как то: Пожарная охрана Московской Заставы; СПб ГБУ «Спортивный центр «Физкультура и здоровье» Московского района; школы Московского, Кировского районов города; школа «Забота о близких» СПб ГБУ «КЦСОН Московского района»; детская библиотека г. Зеленогорск; Управление гражданской защиты Московского района; подростково-молодежные клубы «Аврора» и «Звёздный» Молодежно-подросткового центра «Московский»; СПб ГБУ Детский оздоровительный комплекс «Зелёный огонёк».

В мае 2019 г. команда курсов заняла 1 место во II-х Всероссийских соревнованиях по оказанию первой помощи, действиям в чрезвычайных ситуациях и аварийно-спасательным работам «Большой симулятор-2019».

С ноября 2018 г. курсы первой помощи вошли в состав учебных центров проекта «Спасатель. Рядом», организованным СПб региональная общественная организация «Объединение добровольных спасателей «Экстремум». Задача проекта – обучение как можно большего числа людей оказанию первой помощи, способных помочь пострадавшему до приезда кареты СМП.

Организация подобных курсов первой помощи в рамках предметной деятельности образовательного профессионального учреждения по подготовке среднего медицинского персонала было бы большим подспорьем в подготовке большего числа людей навыкам оказания первой помощи. Выпускники в таком случае могут стать лучшими популяризаторами первой помощи, а также входя в состав врачебно-сестринских бригад, призванных оказывать помощь населению в условиях чрезвычайных ситуаций на

догоспитальном этапе всегда будут знать, что делать и будут действовать на самом высоком профессиональном уровне.

Евсеев А.В.

ВСЕРОССИЙСКИЙ ПРОЕКТ МЧС РОССИИ «НАУЧИТЬСЯ СПАСАТЬ ЖИЗНЬ!» - ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАХ НА ПРИМЕРЕ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Главное управление МЧС России по Тульской области, г.Тула, Россия

В ходе послания Федеральному Собранию России президент Владимир Путин подчеркнул, что именно сбережение и приумножение народа нашей страны - это главная цель на сегодня.

Безопасность является базовой потребностью человека, а владение гражданами навыками оказания первой помощи – основная составляющая культуры безопасности жизнедеятельности

Безопасность людей и выживаемость в случае происшествий значительно повышается, если каждый третий имеет навыки оказания первой помощи

Для достижения готовности граждан к оказанию первой помощи мы развиваем систему массового обучения каскадным методом - преподаватели учебных центров обучают инструкторов – инструкторы обучают исполнителей.

Начало этому было положено с включением тульского региона во Всероссийский проект МЧС России «Научись спасать жизнь!» (далее – Проект), который с начала 2015 года был запущен Центром экстренной психологической помощи МЧС России.

Основная идея проекта заключается в том, что любой человек, не имеющий специального образования, может научиться оказывать первую помощь и психологическую поддержку себе или окружающим.

Цель проекта: пропаганда культуры безопасности, мотивация и обучение населения принципам оказания первой помощи и психологической поддержки в экстремальных случаях и, как следствие, повышение выживаемости людей в чрезвычайных ситуациях.

1 июля 2016 года Юлия Сергеевна Шойгу, директор Центра экстренной психологической помощи МЧС России, совместно с докторами Дежурным Л.И., Неудахиным Г.В. и командой психологов ЦЭПП МЧС России провела презентацию Проекта в Туле на научно-практической конференции и выставке «Оборонно-промышленный комплекс России - новые возможности для медицинской промышленности».

Значению этого события способствовало присутствие и заинтересованность заместителя председателя Правительства Российской Федерации, заместителя председателя Военно-промышленной Комиссии Российской Федерации Дмитрия Олеговича Рогозина, Министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Игоревны Скворцовой, руководителей федеральных служб и федеральных агентств, предприятий оборонно-промышленного комплекса и учреждений здравоохранения, многих экспертов, студентов и добровольцев.

При поддержке правительства Тульской области, по инициативе Ю.С. Шойгу, 1 июля 2016 года было подписано трехстороннее Соглашение о сотрудничестве в рамках реализации Проекта между министерством образования Тульской области, Главным управлением МЧС России по Тульской области и ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет».

В целях дальнейшей реализации проекта на территории Тульской области проведено обучение более 40 специалистов: преподавателей ОБЖ, педагогов Тульского государственного университета, психологов

регионального МЧС, которые по завершению обучения получили статус инструкторов первой помощи.

По идее, предложенной доктором Дежурным Л.И., в рамках Проекта 12 сентября 2016 года во всех образовательных организациях Тульской области (более 480) впервые был проведен «Единый урок первой помощи».

Для проведения единого урока была использованы видеоролики, разработанные для трех возрастных групп школьников д.м.н. Дежурным Л.И.

В едином уроке приняли участие более 45000 обучающихся. В течение сентября 2016 года уроки ОБЖ по вопросам оказания первой помощи состоялись во всех классах образовательных организаций Тульской области, охватив более 73000 обучающихся.

12 сентября 2016 года органы государственной власти Тульской области и города Тулы поддержали Проект личным участием в 2-х часовом занятии, которое проводила Ю.С. Шойгу и научные сотрудники Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России: д.м.н. Дежурный Л.И. и к.м.н. Неудахин Г.В.

На занятии члены правительства Тульской области, депутаты Тульской областной Думы, Тульской городской Думы, администрация города Тулы изучили нормативно-правовые аспекты в области обучения первой помощи, получили практические навыки оказания первой помощи психологической поддержки в экстремальных ситуациях.

Уже в ноябре 2016 года для эффективной координации Проекта в регионе по инициативе Главного управления МЧС России по Тульской области была создана рабочая группа под председательством заместителя Губернатора Тульской области, в которую вошли руководители заинтересованных органов власти и образовательных организаций: заместитель председателя правительства - министр молодежной политики Тульской области, министр образования Тульской области, ректор Тульского государственного университета, ректор Тульского государственного

педагогического университета им. Л.Н. Толстого, ректор Института повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования Тульской области, начальник Учебно-методического центра по гражданской обороне и чрезвычайным ситуациям Тульской области, директор Регионального центра подготовки граждан РФ к военной службе и военно-патриотического воспитания Тульской области, директор государственного учреждения Тульской области «Тульский областной центр молодежи».

Рабочая группа наметила основные направления деятельности и утвердила план работы на следующий год, оформив все материалы протоколом.

Таким образом, в рамках регионального Проекта появился орган управления, который стал определять для участников Проекта единый и системный подход к вопросам первой помощи:

- Нормативная база и организация оказания первой помощи.
- Пропаганда и формирование мотивации.
- Обучение участников первой помощи.
- Оснащение участников оказания первой помощи.
- Учет и анализ эффективности.

Следующим шагом развития системности в реализации Проекта было предложено расширить целевую аудиторию для мотивации к овладению навыками первой помощи и обучению.

Потенциальными участниками Проекта мы видели учащихся ВУЗов и активную молодежь. Поэтому в 2017 году был подписан еще ряд Соглашений о сотрудничестве, в Проект включились Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого, Новомосковский институт (филиал) Российского химико-технологического университета им Д.И. Менделеева и министерство молодежной политики Тульской области.

Для популяризации культуры безопасности и знаний в области первой помощи участниками регионального Проекта в 2017 году впервые был организован в Туле праздник День первой помощи, на котором побывало более 1000 учащихся школ и более 50 инструкторов организаций – участников Проекта.

Праздник прошел успешно в Центральном парке города Тулы в канун Всемирного дня первой помощи.

В 2018 году День первой помощи прошел уже во всех муниципальных районах Тульской области. Организаторами праздника в городах стали обученные инструкторы – сотрудники МЧС России, педагоги системы образования, молодежных организаций.

В Туле гостями праздника стали Губернатор Тульской области А.Г. Дюмин, заместитель Министра МЧС России Н.Н. Гречушкин, директор Центра экстренной психологической помощи МЧС России Ю.С. Шойгу, д.м.н. Л.И. Дежурный.

Организаторы праздника в схему образовательных площадок заложили принцип универсального алгоритма оказания первой помощи, развернув более 10 учебных точек по элементам алгоритма, по которым последовательно проходили организованные группы школьников с маршрутными листами. И дополнительно детям были представлена пожарно-спасательная техника, экипаж ДПС, реанимобиль бригады скорой медицинской помощи Территориального центра медицины катастроф.

В 2019 году в региональный Проект были приглашены еще три значимые организации: министерство здравоохранения Тульской области, Управление МВД России по Тульской области и Тульское областное отделение Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест».

В дальнейшем подготовка инструкторов проводилась уже с привлечением представителей всех 9-ти организаций - участников регионального Проекта.

Задача обученных инструкторов – распространять знания и навыки среди потенциальных «исполнителей первой помощи» в системе своих организаций.

Системный подход в ходе реализации регионального Проекта позволил добиться определенных положительных результатов.

По итогам четырех лет работы в рамках Проекта в регионе, мы имеем, по нашему мнению, следующие положительные результаты:

- В реализацию Проекта вовлечено 9 организаций (заключено единое соглашение).
- Подготовлено 10 групп инструкторов первой помощи общей численностью 228 чел. В том числе 70 сотрудников МЧС.
- Продолжена практика распространения знаний по оказанию первой помощи среди различных категорий населения – проведено более 100 акций с охватом более 10600 чел. только силами МЧС. В том числе 78 (80%) мероприятий провели психологи МЧС.
- Введена отдельная дисциплина «Оказание первой помощи» в Тульском государственном педагогическом университете им. Л.Н. Толстого в объеме 72 часа. В результате - только в 2017/2018 учебном году эту дисциплину изучили более 600 студентов. А выпускники будут вправе оказывать первую помощь в ходе педагогической деятельности.
- Также введен курс «Основы первой помощи» в дисциплине «Безопасность жизнедеятельности» в объеме 36 часов в Тульском государственном университете.
- В рамках единого урока по первой помощи во всех образовательных организациях региона ежегодно обновляют свои знания и закрепляют их на практике более 70000 учащихся.

С 2019 года в проведении единых уроков участвуют более 50 сотрудников МЧС – обученных инструкторов.

- В Туле День первой помощи проходит с 2017 года ежегодно с участием школ города, всех организаций – участниц проекта с

развертыванием более 10 учебных точек и выставки специальной техники и оборудования.

Участниками этих мероприятий становится более 1 000 обучающихся.

Центральным событием мероприятий становятся тематические площадки, на которых дети отрабатывают навыки по оказанию первой помощи пострадавшим на специальных манекенах под руководством опытных инструкторов, знакомятся с основными приемами психологической поддержки, а также посещают выставку спецтехники. Большой интерес школьников вызывают также учебные точки бригады СМП и экипажа ДПС.

- С 2018 года этот пример восприняли все муниципальные образования Тульской области. Праздник День первой помощи можно считать традиционным в регионе.

- Команды ВУЗов (Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого и Тульский государственный университет) заняли 1 и 2 место среди 33 команд ЦФО во Всероссийских соревнованиях «Человеческий фактор» - 2019.

- В октябре 2019 года более 20-ти представителей организаций – участниц Проекта в Тульской области приняли участие в Первой Всероссийской конференции «Первая помощь – 2019» в РУДН (Москва).

С достаточной уверенностью можно полагать, что Всероссийский проект МЧС России «Научись спасать жизнь!» оказался эффективной формой построения системы первой помощи в Тульской области и с ближайшими задачами успешно справился.

Все организации по вопросам первой помощи руководствуются единой нормативной базой.

Продолжается наращивание мероприятий по пропаганде и формированию мотивации к овладению навыками первой помощи.

Обучение участников первой помощи организовано в соответствии с программами рекомендованного Минздравом России учебно-методического комплекса.

В образовательном процессе используется единая линейка оснащения участников оказания первой помощи.

Ежегодно проводится анализ эффективности реализации задач Проекта.

Следующим этапом развития системы первой помощи в регионе можно полагать привлечение в пространство Проекта сообщество автошкол и специалистов в области охраны труда на объектах экономики.

Учитывая появление института главных внештатных специалистов по первой помощи Министерства здравоохранения Российской Федерации в регионах, следующие этапы совершенствования системы первой помощи будут эффективнее проходить уже с их участием.

Залогом успеха в этом деле является дружная команда всех организаций, заинтересованных в становлении первой помощи в регионах как национальной идеи.

Журавлёв С.В.

**ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕТА ЧАСТОТЫ, ОБЪЕМА И
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ**

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Клиническая больница №1» Управления делами Президента
Российской Федерации, г. Москва, Россия

В последние десятилетия среди социальных и медицинских проблем всё большее значение приобретает травматизм. Проблема гибели людей от травм и неотложных состояний привлекает всё большее внимание. Но если пострадавший получил травму, то снизить её последствия можно путём быстрого и эффективного оказания первой помощи и скорой медицинской помощи.

В соответствии с современной концепцией совершенствования первой помощи в Российской Федерации одним из пяти основных направлений является сбор и анализ информации о частоте, выполненном объёме и результативности оказания первой помощи. Это позволит обосновывать необходимость её развития, а также будет служить обратной связью, по оценке эффективности проводимых мероприятий.

Для обоснования необходимости создания системы учёта первой помощи важно было определить - насколько оказание первой помощи важно для сохранения жизни и как часто она оказывается в настоящее время. Ведь если первая помощь неэффективна, то создание системы учёта нецелесообразно. Также нет смысла создавать систему учёта, если первая помощь оказывается всем пострадавшим своевременно и в полном объёме.

Так как дорожно-транспортный травматизм является наиболее изученным видом травматизма, было принято решение выполнить исследования на его примере. Для этого был проведен анализ причин летальности 188 пострадавших из Липецкой и Воронежской областей, попавших в ДТП и умерших до прибытия бригад скорой медицинской помощи. Все эти пострадавшие умерли в ближайшие сроки от жизнеугрожающих последствий травм.

На основании диагнозов судебно-медицинских экспертов была проведена балльная оценка тяжести повреждений с использованием шкал AIS, ISS и ВПХ. Были отобраны пострадавшие, имеющие тяжесть повреждения до 30 баллов, т.е. имеющих высокие шансы на выживание (согласно шкале AIS-90/ISS) – всего 62 человека. Также для повышения достоверности исследования была проведена экспертная оценка тяжести повреждений и возможности пострадавших выжить, при условии оказания им своевременной и адекватной первой помощи. Учитывая то, что оценка проводилась ретроспективно, без возможности осмотра пострадавшего, а также различный клинический опыт экспертов важно было определить согласованность мнений экспертов. Для этого было выполнено

использование рангового коэффициента корреляции – расчёт коэффициента конкордации экспертов, позволяющий определить степень согласованности ответов экспертов.

При оценке тяжести травмы пострадавших расчет коэффициента конкордации экспертов, показал в 84,0% случаев высокую (более 0,7) и в 16,0% случаев среднюю (от 0,3 до 0,7, но ближе к 0,7) степень согласованности ответов экспертов. При оценке предполагаемой причины смерти пострадавших результаты в 95,7% случаев продемонстрировали высокую (более 0,7) степень согласованности ответов экспертов. Расчет критерия χ^2 (хи-квадрат) показал высокую достоверность во всех случаях. Экспертами были отобраны пострадавшие, оказание первой помощи которым могло способствовать поддержанию или сохранению их жизненных функций, всего 60 человек.

Для повышения достоверности выводов было произведено сопоставление полученных двух списков. Совпадение произошло по 44 пострадавшим (23,4%). Это говорит о том, что около четверти пострадавших имели высокую вероятность выживания в случае оказания им первой помощи и быстрой доставки в стационар. Эксперты определили возможность поддержания жизненно важных функций этих пострадавших с помощью выполнения мероприятий первой помощи, утвержденных приказом Минздрава России, таких как проведение искусственного дыхания, выполнение непрямого массажа сердца, восстановление проходимости дыхательных путей, остановка кровотечения. Таким образом, было доказано, что оказание первой помощи способно повлиять на исход травм и неотложных состояний.

Для оценки частоты и выполнения мероприятий первой помощи была разработана «Карта учёта пострадавшего в ДТП с перечнем выполненных мероприятий первой помощи», а также инструкция по её заполнению. Карта заполнялась сотрудниками скорой медицинской помощи. Всего было изучено 207 карт. Полученные результаты анализа показали

нецелесообразность дальнейшего увеличения числа изученных случаев оказания помощи пострадавшим в ДТП, т.к. это не повлияло бы на сделанные выводы.

При анализе данных об оказании первой помощи установлено, что только 7-ми пострадавшим первая помощь выполнялась водителями, и по одному пострадавшему помощь оказали сотрудники ГИБДД и МЧС. Всем остальным помощь начинала оказываться только бригадой скорой медицинской помощи. Это при том, что мероприятия первой помощи требовались 128 пострадавшим. Таким образом, оказанная первая помощь 9 пострадавшим из 128 нуждающихся в ней составляет всего 7%, то есть очень мало. Остальные 93% пострадавших, которые нуждались в оказании первой помощи до прибытия бригады скорой медицинской помощи, вообще никакой помощи не получали.

Для создания модели учёта частоты и перечня выполненных мероприятий первой помощи необходимы учётный документ или документы, отражающие оказание первой помощи и выполненные мероприятия. Кроме того, должна быть предусмотрена возможность дальнейшего сбора и обработки полученных данных, интеграция их в действующие системы учёта, проведение анализа о влиянии оказанной или не оказанной первой помощи на смертность, инвалидность, сроки временной утраты трудоспособности, финансовые затраты на лечение и реабилитацию пострадавших.

Для учёта первой помощи основной группой медицинских работников, являются сотрудники скорой медицинской помощи, наиболее часто оказывающиеся первыми на месте происшествия. Однако, данные, полученные с их помощью, могут быть неполными, поскольку после происшествия часть пострадавших может самостоятельно обращаться в медицинские организации (больницы и поликлиники) и их также необходимо учитывать. В любом случае вся информация должна собираться в Единый информационный центр для дальнейшей обработки.

Не менее значимым является оценка финансовых затрат на лечение и реабилитацию пострадавших в зависимости от оказанной им первой помощи. Поэтому была поставлена задача, создать инструмент оценки стоимости лечения пострадавших с возможностью дифференцировать их по группам в зависимости от оказанной или не оказанной первой помощи и объёма выполненных мероприятий. За основу данной программы был взят, используемый в ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента Российской Федерации, модуль «Себестоимость» медицинской информационной системы, позволяющий оценивать стоимость лечения больного с учётом стоимости медикаментов и расходных материалов, затрат на оплату труда медицинского персонала, амортизации оборудования, использования медицинского инвентаря, а также с учётом косвенных расходов.

Для учёта оказания первой помощи на финансовые затраты лечения пострадавших в модули «Электронная медицинская карта» и «Себестоимость» стационара был добавлен раздел «Первая помощь», в котором отмечаются (выбираются) мероприятия первой помощи, а также отмечается их эффективность или неэффективность.

Объединение модулей в единой информационной системе позволило проводить анализ стоимости лечения пациентов в зависимости от оказания/неоказания первой помощи и объёма выполненных мероприятий первой помощи и давать оценку их эффективности. Программа была апробирована в тестовом режиме в ФГБУ "Клиническая больница №1" Управления делами Президента Российской Федерации. Использование данной программы позволит по принципу обратной связи оценивать экономическую эффективность проводимых мероприятий по совершенствованию системы оказания первой помощи в Российской Федерации.

Закурдаева А.Ю.

СТАТЬЯ 31 ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»: НУЖНЫ ЛИ ИЗМЕНЕНИЯ?

ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации
здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия

Первоочередной мерой для повышения количественных и качественных характеристик оказания первой помощи является совершенствование действующего законодательства. Ключевым нормативно-правовым актом в данной сфере является Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее по тексту – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В настоящее время назрела необходимость приведения вышеназванного закона в соответствие текущим потребностям развития правового регулирования оказания первой помощи. В данной будут проанализированы положения ст. 31 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иных нормативно-правовых актов, сделан сравнительно-правовой анализ и рассмотрены имеющиеся пробелы и коллизии.

Согласно ч. 1 ст. 31 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первая помощь оказывается лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку.

В соответствии с федеральными законами первую помощь обязаны оказывать:

- пожарные (ст. 15 ФЗ от 06.05.2011 N 100-ФЗ «О добровольной пожарной охране»; ст. 22 ФЗ «О пожарной безопасности» N 69-ФЗ от 21.12.1994;
- спасатели (ч. 1 ст. 27 ФЗ «Об аварийно-спасательных службах и статусе спасателей» от 22.08.1995 г. N 151-ФЗ);

- сотрудники полиции (ст. 27 ФЗ «О полиции» N 3-ФЗ от 07.02.2011);
- сотрудники (военнослужащие) войск национальной гвардии (ч. 9 ст. 10, ч. 6 ст. 18 ФЗ «О войсках национальной гвардии Российской Федерации» N 226-ФЗ от 03.07.2016);
- сотрудники ведомственной охраны (ст. 13 ФЗ «О ведомственной охране» N 77-ФЗ от 14.04.1999);
- военнослужащие ФСБ (ст. 14.2 ФЗ от 03.04.1995 N 40-ФЗ «О Федеральной службе безопасности»);
- судебные приставы (ч. 2 ст. 15 ФЗ «О судебных приставах» N 118-ФЗ от 21.07.1997);
- частные охранники (ст. 16 Закона «О частной детективной и охранной деятельности в Российской Федерации» N 2487-1 от 11.03.1992);
- внештатные сотрудники полиции, народные дружинники (п. 4 ч. 6 ст. 10, п. 6 ч. 1 ст. 18 ФЗ «Об участии граждан в охране общественного порядка» N 44-ФЗ от 02.04.2014);
- сотрудники таможенных органов (п. 2 ч. 2 ст. 267 ФЗ от 03.08.2018 N 289-ФЗ «О таможенном регулировании в Российской Федерации и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»).

Используемая ч. 1 ст. 31 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» формулировка «специальное правило» не расшифровывается действующим законодательством, в связи с чем вызывает много вопросов. В контексте данной статьи под специальным правилом понимаются нормативно-правовые акты, не являющиеся федеральными законами. В соответствии со специальным правилом первую помощь обязаны оказывать следующие лица:

- личный состав нештатных аварийно-спасательных формирований (п. 22 Порядка создания нештатных аварийно-спасательных формирований, утв. Приказом МЧС России N 999 от 23.12.2005);
- сотрудники спасательных воинских формирований (п.п. «б» п. 5 Положения о спасательных воинских формированиях Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, утв. Указом Президента РФ от 30.09.2011 N 1265 «О спасательных воинских формированиях Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий»);
- военнослужащие Вооруженных Сил РФ (п.п. 14, 321 Устава внутренней службы Вооруженных Сил Российской Федерации, утв. Указом Президента РФ от 10.11.2007 N 1495 «Об утверждении общевоинских уставов Вооруженных Сил Российской Федерации»);
- сотрудники Военной полиции (п.п. 23 п. 20, п.п. 13 п. 129, п. 272 Устава военной полиции Вооруженных Сил Российской Федерации, утв. Указом Президента РФ от 25.03.2015 N 161 Указом Президента РФ от 25.03.2015 N 161 «Об утверждении Устава военной полиции Вооруженных Сил Российской Федерации и внесении изменений в некоторые акты Президента Российской Федерации»);
- должностные лица, осуществляющие государственный надзор в области охраны и использования особо охраняемых природных территорий и их охранных зон (п.п. «в» п. 4 Правил применения служебного огнестрельного оружия, а также разрешенного в качестве служебного оружия гражданского оружия самообороны и охотничьего огнестрельного оружия должностными лицами, осуществляющими государственный надзор в области охраны и использования особо охраняемых природных территорий и их охранных зон, утв. Постановлением Правительства РФ от 13.12.2019 N 1665);

- водители, причастные к дорожно-транспортному происшествию (п. 2.6 Правил дорожного движения, утв. Постановлением Правительства РФ от 23.10.1993 N 1090 “О Правилах дорожного движения”);

- граждане РФ при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации, или в зоне чрезвычайной ситуации граждане (пп. «г» п. 3 Постановления Правительства РФ от 02.04.2020 N 417 «Об утверждении Правил поведения, обязательных для исполнения гражданами и организациями, при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации».

Есть целый ряд нормативно-правовых актов, устанавливающих обязанности по организации оказания первой помощи для юридических лиц. Приведем в пример несколько нормативно-правовых актов:

- Трудовой кодекс Российской Федерации ст. 228: «При несчастных случаях, указанных в статье 227 настоящего Кодекса, работодатель (его представитель) обязан: немедленно организовать первую помощь пострадавшему и при необходимости доставку его в медицинскую организацию»;

- Приказ Минтранса России от 28.06.2007 N 82 «Об утверждении Федеральных авиационных правил "Общие правила воздушных перевозок пассажиров, багажа, грузов и требования к обслуживанию пассажиров, грузоотправителей, грузополучателей» ст. 95: «Перевозчик должен обеспечить на борту воздушного судна: первую медицинскую помощь»;

- Приказ Минобрнауки России от 27.06.2017 N 602 «Об утверждении Порядка расследования и учета несчастных случаев с обучающимися во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность»: п. 7: "Руководитель организации (или уполномоченное им лицо), осуществляющей образовательную деятельность, при наступлении несчастного случая обязан: а) немедленно организовать

оказание первой помощи пострадавшему и, при необходимости, доставку его в медицинскую организацию";

- Федеральный закон от 24.07.1998 N 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» ст. 12 «<...> организация отдыха детей и их оздоровления обязана: обеспечивать организацию оказания первой помощи и медицинской помощи детям в период их пребывания в организации отдыха детей и их оздоровления в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации».

Юридические лица, для которых установлены обязанности по организации оказания первой помощи, должны издать внутренние (локальные) нормативные акты, обязывающие работников оказывать первую помощь. При этом локальные нормативные документы, издаваемые работодателем, не имеют статус нормативно-правового акта и не являются специальным правилом в понимании ст. 31. Они могут устанавливать для обязанности по оказанию первой помощи для работников, однако в понимании ст. 31 работники относятся к лицам, указанным в ч. 4 ст. 31 - то есть к лицам, не обязанным оказывать первую помощь по федеральному закону или специальному правилу, но имеющим право на оказание первой помощи. Соответственно, за неоказание первой помощи таких лиц нельзя привлечь к уголовной ответственности, но работодатель может привлечь их к дисциплинарной ответственности.

Вышеперечисленные нормативно-правовые акты, устанавливающие обязанность по оказанию первой помощи, по-разному формулируют юридические факты (обстоятельства), с возникновением которых связана обязанность по оказанию первой помощи. Так, например, согласно пп. 1 ч. 2 ст. 27 ФЗ «О полиции» N 3-ФЗ от 07.02.2011 "Сотрудник полиции независимо от замещаемой должности, места нахождения и времени суток обязан: оказывать первую помощь гражданам, пострадавшим от преступлений, административных правонарушений и несчастных случаев, а также гражданам, находящимся в беспомощном состоянии либо в состоянии,

опасном для их жизни и здоровья". А согласно ч. 6 ст. 18 ФЗ «О войсках национальной гвардии Российской Федерации» N 226-ФЗ от 03.07.2016 "Военнослужащий (сотрудник) войск национальной гвардии обязан оказать гражданину, получившему телесные повреждения в результате применения физической силы, специальных средств, оружия, боевой и специальной техники, первую помощь, а также принять меры по оказанию ему медицинской помощи в возможно короткий срок".

Согласно ч. ч. 1, 4 ст. 31 первая помощь оказывается лицами, имеющими соответствующую подготовку. Ст. 31 и подзаконные нормативно-правовые акты не устанавливают, что является соответствующей подготовкой в понимании данной статьи.

Де юре обучение оказанию первой помощи граждане должны получать в рамках:

- общего образования, среднего профессионального образования, высшего профессионального образования в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами;
- профессионального обучения в соответствии с образовательными программами профессионального обучения (профессиональной подготовки) лиц, впервые принятых на службу в МВД России, МЧС России, таможенные органы и т.д., а также в соответствии с Приказом Минобрнауки России от 26.12.2013 N 1408 "Об утверждении примерных программ профессионального обучения водителей транспортных средств соответствующих категорий и подкатегорий" в ходе подготовки водителей транспортных средств;
- охраны труда в соответствии с Трудовым кодексом при поступлении на работу (а также периодическую переподготовку во время работы);
- дополнительного образования (дополнительное профессиональное и дополнительное образование детей и взрослых);

- подготовки населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций (вводится с 01.01.2021 г.).

Однако в связи с тем, ст. 31 нормативно не связана с нормативно-правовыми актами, регламентирующими подготовку в сфере первой помощи, а также в связи с тем, что нормативно не урегулировано, каким документом должна подтверждаться соответствующая подготовка, как часто необходима переподготовка, а в отношении ч. 4 ст. 31 – как соотносятся подготовка и навыки, существуют сложности в юридической оценке наличия правомочий на оказание первой помощи.

Для решения данного вопроса, на наш взгляд, необходимо нормативно определить понятие «соответствующей подготовки» для оказания первой помощи, а также внедрить единый регистр лиц, обученных оказанию первой помощи.

В текущей ситуации, по нашему мнению, для обеспечения собственной юридической безопасности можно рекомендовать проходить обучение первой помощи с выдачей документа о дополнительном образовании минимум 1 раз в 3 года.

Рассмотрим подробнее одну из категорий лиц, обязанных оказывать первую помощь по специальному правилу. Согласно Постановлению Правительства РФ от 02.04.2020 N 417 «Об утверждении Правил поведения, обязательных для исполнения гражданами и организациями, при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации»:

«3. При введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации, или в зоне чрезвычайной ситуации граждане обязаны:

г) при обнаружении пострадавшего (пострадавших) принимать меры по вызову уполномоченных должностных лиц и до их прибытия при отсутствии угрозы жизни и здоровью оказывать пострадавшему (пострадавшим) первую помощь».

Согласно ч. 1 ст. 31 первая помощь оказывается лицами, обязанными оказывать первую помощь <...> и имеющими соответствующую подготовку. То есть возникновение правомочий на оказание первой помощи связывается с наличием соответствующей подготовки.

Согласно ч. 5 ст. 76 Конституции Российской Федерации, в случае противоречия между федеральным законом и иным актом, изданным в Российской Федерации, действует федеральный закон.

Таким образом, на граждан, не имеющих соответствующей подготовки, установленная п. «г» ст. 3 Постановления Правительства РФ от 02.04.2020 N 417 «Об утверждении Правил поведения, обязательных для исполнения гражданами и организациями, при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации», не распространяется. Однако в связи с тем, что нормативно понятие «соответствующей подготовки» в контексте ст. 31 не определено, у правоприменителей (включая правоохранительные органы) возникают сложности в оценке правомочий на оказание первой помощи.

Применительно к обязанностям при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации необходимо отметить, что согласно ст. 19 ФЗ от 21.12.1994 N 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» граждане обязаны изучать приемы оказания первой помощи пострадавшим.

Согласно ст. 20 данного ФЗ «порядок подготовки населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций определяется Правительством Российской Федерации». Спустя 26 лет с даты принятия ФЗ данный порядок утвержден Постановлением Правительства РФ от 18.09.2020 N 1485 "Об утверждении Положения о подготовке граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства в области защиты от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера".

Документ вступает в силу с 1 января 2021 г. и действует до 31 декабря 2026 г. включительно.

Согласно п. 3 Положения в числе основных задач подготовки населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций называется обучение приемам оказания первой помощи. П. 4 Положения предусматривает порядок подготовки населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций для различных категорий населения.

П. 6 Положения для ряда должностных лиц предусмотрено дополнительное профессиональное образование по программам повышения квалификации в области защиты от чрезвычайных ситуаций.

По нашему мнению, вопросы организации подготовки населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций называется в части обучения оказанию первой помощи нуждаются в широкой общественной дискуссии, обсуждении профессионального сообщества и требуют разработки и внедрения современных подходов к обучению первой помощи в рамках данного Положения.

Продолжим анализ ст. 31 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно ч. 2 ст. 31 перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Согласно ч. 2 ст. 14 323-ФЗ «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти» в данном федеральном законе – это Минздрав России. Указанные в ст. 2 перечни утверждены Приказом Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 N 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

Данный приказ устанавливает единый объем оказания первой помощи для всех потенциальных участников ее оказания. Для расширения объема оказания первой помощи для определенных контингентов необходимо внесение изменений и дополнений в ст. 31 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Для организации оказания расширенной первой помощи необходимо также предусмотреть в новой редакции ст. 31

утверждение правил выполнения мероприятий оказания первой помощи в зависимости от специфики оказания первой помощи каждой конкретной категорией участников ее оказания.

Законопроект № 466977-7 "О внесении изменения в статью 31 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в части оказания первой помощи с использованием автоматических наружных дефибрилляторов) прошел первое чтение и был отправлен на доработку. 28 ноября 2020 г. Правительством РФ утвержден план мероприятий реализации Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года (Распоряжение правительства РФ от 28.11.2020 г. № 3155-р), согласно п. 7 которого на декабрь 2021 запланированы «разработка и внедрение законодательных механизмов, направленных на расширение объема оказания первой помощи, в том числе пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий». Для этих целей Правительство РФ поручает Минздраву России, Минпромторгу России, МВД России и заинтересованным федеральным органам исполнительной власти разработку соответствующего законопроекта.

Ч. 4 ст. 31 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает правомочие водителей и других лиц на оказание первой помощи при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков. Помимо вышеперечисленных проблем, связанных с трактовкой понятий «соответствующая подготовка и (или) навыки», данная статья содержит еще одну правовую коллизию. Упоминание в действующей редакции ч. 4 ст. 31 среди потенциальных участников оказания первой помощи, имеющих право на оказание первой помощи, именно водителей смещает акцент нормы в сторону оказания первой помощи только при ДТП и создает коллизию с п. 2.6. Правил дорожного движения Российской Федерации, устанавливающей обязанность водителя, причастного к ДТП, «принять меры по оказанию первой помощи».

Для устранения имеющихся пробелов и коллизий в нормах, регулирующих организацию оказания первой помощи, а также расширение имеющегося объема оказания первой помощи для отдельных контингентов участников оказания первой помощи, предлагаем следующие меры по совершенствованию правового регулирования оказания первой помощи:

1. В целях устранения информационной избыточности убрать перечисление лиц, обязанных оказывать первую помощь, из ч. 1 ст. 31 и упоминание водителей из ч. 4 ст. 31 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Ввести в ст. 31 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» понятия «базовая первая помощь», «расширенная первая помощь», «правила выполнения мероприятий по оказанию первой помощи».

3. Разработать и внедрить порядок обучения первой помощи в рамках подготовки в области защиты от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

4. Нормативно определить, что считать соответствующей подготовкой для оказания первой помощи.

Зарипова З.А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ: КАК И НА ЧЕМ УЧИТЬ?

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Санкт-Петербург, Россия

По данным литературы последних лет при травматических повреждениях более 25% пострадавших, умерших в стационаре можно было

спасти при условии, что им была бы оказана своевременная и адекватная первая помощь на догоспитальном этапе (из доклада Махновского А.И.). Несмотря на то, что основными причинами смерти на месте происшествия являются потенциально жизнеугрожающие массивное кровотечение и осложненные травмы грудной клетки, есть предпосылки к тому, что летальность можно снизить не только за счет правильной тактики эвакуации и спасения медицинскими работниками, но и за счет правильно с методической точки зрения построенного процесса обучения оказанию первой помощи. Существенным ограничением в этом является психологическое состояние людей, которые оказались рядом с пострадавшим, которое сочетает в себе как боязнь, так и неумение оказывать помощь. При этом следует отметить, что не всегда это связано с нежеланием учиться, а часто сопряжено с неправильно построенным образовательным процессом на курсе или с отсутствием такового, когда документ по первой помощи был выдан без обучения. Иными словами, не всегда ответственность за неоказание первой помощи лежит на очевидцах, поскольку сначала надо их научить, а потом уже требовать от них исполнения.

Таким образом, для достижения целевых показателей снижения смертности от потенциально предотвратимых причин необходимо включить в цепочку тактических шагов правильно построенный процесс обучения населения. Программа должна включать как обязательную отработку практических навыков при различных повреждениях с реалистичным исполнением, так и психологию оказания помощи, которая позволит преодолеть барьер страха в реальной ситуации. Одним из основополагающих моментов при обучении оказанию первой помощи гражданского населения должно быть наглядное объяснение того, что травма – это реакция всего организма, которая зависит от механизма повреждения, может сопровождаться различными внешними признаками и частым несоответствием ожидаемых и реальных исходов. Кроме того, инструктору необходимо донести до слушателей, что они являются важным звеном цепи

выживания пострадавшего, без которого тот может погибнуть, не дождавшись оказания специализированной и квалифицированной помощи, мотивируя их начать спасение человека в первые минуты после получения травмы. Поэтому основной целью курса является отработка алгоритма действий при оказании первой помощи пострадавшему с травмой до прибытия специализированной бригады. При этом задачи будут зависеть от контингента обучающихся и конкретных условий оказания помощи.

Определив цели и задачи обучения следует определиться с ресурсным обеспечением. Безусловно, что и в каком формате использовать, зависит от возможностей центра, но инструктору следует знать преимущества и недостатки применения тех или иных средств. Так, наличие статистов, гримеров, грима и обстановки может передать реалистичность ситуации, выводя обучаемых из зоны комфорта и погружая их в состояние ситуативного стресса. Такие средства следует использовать, если группа уже занималась, имеет представление об алгоритмах действий, готова психологически и/или инструктору требуется проверить уровень их обученности. При этом оценке подвергается не столько конкретное умение одного человека, сколько работа в команде и нетехнические навыки, взаимодействие при оказании помощи. Использовать высоко реалистичный грим на обычном практическом занятии и базовом курсе нерационально: занимает много времени для подготовки, финансово затратно и требует присутствия помощников-статистов. Однако такие средства показали свою эффективность на больших соревнованиях, учениях и олимпиадах, а также на показательных мастер-классах, мотивируя участников к дальнейшему обучению своей зрелищностью, эмоциями и результатом.

Использование готовых манекенов или накладок-имитаторов травм, позволяет отработать разные варианты оказания помощи всеми участниками тренинга, поскольку практически не требует дополнительных средств, кроме перевязочного материала. В качестве статистов в этом случае может выступать вторая половина группы, с последующей сменой ролей.

Умеренная реалистичность этих накладок, с одной стороны, сильно удешевляет процесс, с другой – не создает дополнительного стресса. Поэтому, если учебной целью является первичное обучение конкретному навыку при ведении травмы, то это один из предпочтительных вариантов, подходящий практически для любой категории обучающихся. Если требуется оценить индивидуальную сформированность навыка в спокойной обстановке, то эти средства также применимы.

Если необходимо привнести эмоциональную компоненту и при этом проверить психологическую готовность человека, то хорошим решением является использование симуляторов ранений, которые сочетают в себе наличие сформированной базовой травмы и дополнения в виде «активного грима»: реалистичного кровотечения, регулируемого инструктором, которое «остановится» только при правильно выполняемом навыке. При этом не следует забывать о цели занятия: не напугать, а научить.

При обучении оказанию помощи при травме необходимо соблюдать следующие правила андрагогики: методология, баланс теории и практики, активизация участников, взаимодействие с ними, последовательность в освоении навыков и рациональная реалистичность, зависящая от учебных целей.

Ковалев С.А.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В ВОДОЛАЗНОМ ДЕЛЕ

Государственный центральный аэромобильный спасательный отряд МЧС
России «Центроспас», г. Москва, Россия

Профессия водолаз относится к особо опасным и тяжелым видам профессиональной деятельности. Вопросы охраны труда и медицинского обеспечения при проведении водолазных спусков всегда составляли основу

этого вида работ. В водолазных правилах отводится особое место оказанию первой помощи лицами, не имеющими медицинского образования.

Первые упоминания о правилах оказания первой помощи в водолажном деле встречается еще в первых водолазных правилах «Руководство для водолазов и подводных работ» изданных в Санкт-Петербурге в 1873 году. Которое содержало в себе приложение D «Правила для обращения с обмершими при водолазной работе людьми». Все дальнейшие руководства и правила, издаваемые в России, неизменно содержали разделы, посвященные оказанию первой помощи.

Несмотря на вышесказанное, из года в год в каждой новой редакции правил, описание объема и важности оказания первой помощи постоянно уменьшается. Так в "Единые правила безопасности труда на водолазных работах" (РД 31.84.01-90) введенных в действие в 1992 году, приложение 13 «Инструкция по оказанию медицинской помощи при заболеваниях и травмах водолазов» была обязательной к исполнению, и называлась «Инструкция». В 2007 году вместо «Единых правил» были приняты новые «Межотраслевые правила по охране труда при проведении водолазных работ», где вопросы первой помощи из нормативного документа перешли в информационно-справочный материал, не являющийся составной частью правил, и носящий только рекомендательный характер.

Кроме уменьшения объема и значимости включенного раздела по правилам оказания первой помощи, действующие на данный момент «Межотраслевые правила по охране труда при проведении водолазных работ» не дают четкой методики оказания первой помощи, ограничиваясь лишь расплывчатыми рекомендациями. Описанные в правилах методики оказания первой помощи по многим пунктам не соответствует современным представлениям об оказании первой помощи, существующим как в Российской, так и в мировой практике.

В случае возникновения специфических водолажных неотложных состояний при отсутствии на месте проведения работ медицинского

персонала, для спасения жизни, предотвращения дополнительных травм и облегчения страданий пострадавшего требуется оказывать расширенную первую помощь. Методики оказания первой помощи отражены в «Межотраслевых правилах по охране труда при проведении водолазных работ». При этом, объем первой помощи превышает рекомендации описанные в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. N 477н «Об утверждении перечня состояний, которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по оказанию первой помощи». Существующая юридическая коллизия, не имеет решения на данный момент.

Это не позволяет создать единую систему обучения, аттестации и применения навыков первой помощи в водолажном деле.

Следует признать, что существующие на сегодняшний день правила оказания первой помощи недостаточны для обеспечения безопасного проведения водолажных работ.

Для решения этой проблемы необходимо:

1. Привести современные правила первой помощи при выполнении водолажных работ, в соответствие с действующей нормативно-правовой базой, современными научными международными и отечественными представлениями о правилах оказания первой помощи.
2. Определить объем расширенной первой помощи в водолажном деле.
3. Создать эффективную методику обучения лиц, не имеющих медицинского образования привлеченных к проведению водолажных работ.

Для этого необходимо:

1. Изучить уровень подготовки водолазов по оказанию первой помощи.
2. Оценить организацию и нормативно-правовое регулирование оказания первой помощи водолазам.
3. Научно обосновать мероприятия по созданию в Российской Федерации системы подготовки и переподготовки к оказанию расширенной первой помощи водолазам.

Улучшение обучения водолазов правилам и навыкам оказания первой помощи и создание единых правил оказания расширенной первой помощи водолазам позволит увеличить безопасность водолазных работ за счет единой нормативно-правовой базы и единого учебно-методического комплекса по оказанию расширенной первой помощи при специфических водолазных заболеваниях и травмах.

Литература:

1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 N 477н (ред. от 07.11.2012) "Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 16.05.2012 N 24183)
3. Единые правила безопасности труда на водолажных работах. Часть II. Медицинское обеспечение водолазов. (утв. Минморфлотом СССР 24.04.1991) РД 31.84.01-90.
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.04.2007 N 269 «Об утверждении межотраслевых правил по охране труда при проведении водолажных работ»
5. Боровиков П.А. Водолазное дело России /П.А Боровиков – М.: Мысль, 2005 – 240с.
6. Следков А.Ю. Очерки истории водолазного дела. Книга 3, том 1 / А.Ю. Следков – СПб.: Издательско-полиграфический комплекс «Гангут», 2015. – 316с.
7. Смолин В.В. Водолазные спуски до 60 метров и их медицинское обеспечение / Смолин В.В., Соколов Г.М., Павлов Б.Н. – М., Фирма «Слово», 2003. – 696с.

Козинец Е.А.

ОБУЧАЮЩАЯ ИГРА ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ «МАТРИЦА СПАСЕНИЯ»

Общество с ограниченной ответственностью «КАТЕЛЕНА»

Safetygames 360 – сообщество экспертов-игропрактиков по охране труда и безопасности, г. Москва, Россия

Игровых решений по первой помощи существует не мало. Только большинство из них подразумевают теоретическое освоение темы, имеют один-два варианта игровой механики.

А мне хотелось, чтобы в игровом решении было место практике, максимальной вовлеченности в тему, гибкости процесса игры, простоты и легкости подачи материала. Поэтому и «родилась» игра по оказанию первой помощи «Матрица спасения», которая соответствовала заявленным требованиям, а также имеет игровую мобильность и высокую степень реиграбельности. Т.е. в «Матрицу спасения» можно играть многократно за счет возможности изменять правила не только от игры к игре, но и от раунда к раунду.

В чем уникальность игры? В самом методе подачи материала через особую систематизацию и визуализацию. Еще в возможности научиться отличать одно критическое состояние от другого, без риска для пострадавшего приобрести практический навык оказания первой помощи. И конечно, в свободной трактовке метафоры. Благодаря этому, можно оказаться, например, на предприятии, в самолете или в лесу, где произошел несчастный случай; можно побыть спасателем или доктором Хаусом. Кому как больше нравится.

Игра «Матрица спасения» отображает эффективность коллективного взаимодействия, показывает зоны роста, ликвидирует белые пятна в знаниях и навыках, легко сочетается с лекциями, тренингами, симуляциями,

стратегическими сессиями, квестами по охране труда, пожарной безопасности, обучении по ГО и ЧС и т.п.

Игра «Матрица спасения» является универсальным инструментом в проведении обучения по оказанию первой помощи. Может служить методическим пособием в кабинетах по охране труда. Потому что в основе игры лежит законодательство РФ и практический опыт. А это значит, что при возникновении НС или ЧС будет велик шанс сохранить жизнь и здоровье пострадавших.

Жизнь и здоровье бесценны! Помните об этом! Берегите себя и своих близких!

Лейтес Б.Л.

СПАСАТЕЛЬ.РЯДОМ - ПРОАКТИВНАЯ СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Санкт-Петербургская региональная общественная организация
«Объединение добровольных спасателей «Экстремум»,
г. Санкт-Петербург, Россия

Первая помощь, как, когда, кто?

Жизнь человека – высшая ценность в современном обществе и все, что направлено на сохранении жизни, безусловно - важнейшая деятельность.

Первая помощь – это те необходимые критические действия, которые позволяют сохранить жизнь человека и дождаться профессиональной экстренной помощи в критических ситуациях. «Золотой час», «платиновые минуты» это термины, которые хорошо знакомы всем тем, кто так или иначе связан с первой помощью. Очевидно, что как бы не были хорошо оснащены экстренные медицинские службы, как бы быстро они не реагировали, моментальные экстренные действия на месте происшествия чаще всего будут вне их возможностей.

Для того, чтобы первая помощь была результативной, необходимо соблюдение двух важнейших условий:

- нужны люди с квалификацией в области первой помощи;
- необходимо обеспечить их присутствие на месте оказания первой помощи.

В качестве одно из возможных решений этой задачи, создан социальный проект Спасатель.Рядом – оказание первой помощи пострадавшим ближайшими квалифицированными добровольными спасателями

Идея проекта, как работает

Проект заключается в создании таких условий, когда оказание первой помощи до прибытия специальных служб может быть проведено подготовленными квалифицированными добровольцами. Для этого, на предварительном этапе формируется сообщество добровольцев с подтвержденной квалификацией (обучение, аттестация). С помощью мобильного приложения осуществляется виртуальное дежурство и оповещение добровольного спасателя о несчастном случае поблизости. Вызов добровольных спасателей осуществляется как со стороны специальных служб, так и свидетелями с помощью отдельного приложения. Таким образом, система способствует наиболее быстрому оказанию первой помощи, одновременно контролируя качество и квалификацию спасателей. Помощь - вовремя, качество – выше.

Для чего это нужно?

По данным статистики в случае оказания квалифицированной первой помощи в течение первого часа, выживаемость пострадавших повышается на 10%. Большинство критических состояний требует незамедлительной реакции (минуты). Такую скорость могут обеспечить только подготовленные очевидцы происшествия. Главная задача добровольных спасателей - оказать

помощь в первые минуты происшествия и поддержать жизнь пострадавшего до прибытия скорой помощи.

Не заменяет, но содействует

Спасатель.Рядом помогает экстренным службам обеспечить оперативное реагирование на происшествия при содействии подготовленных аттестованных добровольцев. Для медицинских служб добровольцы - надежный вспомогательный ресурс, обеспечивающий поддержку пострадавшего на месте до прибытия специалистов, а также оказывающий содействие в дальнейшем оказании помощи. Это позволяет сохранить больше жизней.

Объединяет и не конкурирует

Социальный проект не формирует никаких дополнительных организационных структур и позволяет свободно заниматься обычной деятельностью. Такой формат позволяет не конкурировать за свободное время добровольцев и профессионалов, но при этом обеспечить быстрое реагирование при необходимости.

Фактически, создается сообщество людей готовых оказывать помощь, имеющих определенный уровень подготовки по первой помощи и подтвержденные навыки.

Социальная значимость

Жизнь человека — высшая ценность. Социальный проект Спасатель.Рядом позволяет при возникновении экстренных ситуаций спасти больше жизней, а полученные навыки могут быть использованы и в обычных жизненных ситуациях.

Сообщество

Главным условием участия добровольцев в Спасатель.Рядом – наличие подтвержденных навыков оказания первой помощи. Это позволяет использовать все возможные методы подготовки от самостоятельной до специализированных курсов. Критерием готовности является полученная аттестация, которая подтверждается сданным экзаменом с практической частью. Это создает надежный фильтр между людьми, которые лишь хотят оказывать помощь и тем, кто реально в состоянии ее оказать не навредив. Таким образом, создается сообщество квалифицированных добровольцев, оказывающих первую помощь, объединяющее инициативных людей и профессионалов - медиков, спасателей.

Территория

Система реагирования Спасатель.Рядом организована таким образом, что не имеет ограничений по территории действия. Добровольный спасатель, перемещаясь, постоянно находится в зоне действия системы. Неважно, в каком регионе он находится при вызове, он получит оповещение о возникших поблизости экстренных ситуациях. Это работает как в городе с высокой плотностью населения, так в сельской местности и на трассе.

Обучение

Спасатель.Рядом создает сеть партнерских учебных центров, которые берут на себя обязательства по уровню, объему и качеству подготовки. При этом, потенциальные учащиеся вправе самостоятельно выбирать способ и место обучения. Это может быть самостоятельное обучение, обучение по программе какой-либо организации, так и прохождение специальных курсов стандарта Спасатель.Рядом. Единственное, что объединяет способы обучения – обязательная очная аттестация, которая подтверждает наличие навыков. Аттестация проводится бесплатно.

Особенности квалификации

В отличие от обычных прохожих, добровольцы Спасатель.Рядом сознательно привлекаются системой для оказания помощи. Это накладывает повышенные требования к их квалификации. Именно поэтому, объем практических навыков, программа подготовки, как правило, гораздо объемнее стандартных курсов первой помощи для населения. Ежегодная переаттестация позволяет контролировать навыки и обеспечивать тренировки.

Мотивация

Существенная часть активистов волонтерского движения хочет не только иметь нужную квалификацию, но и возможность активно применять эти знания на практике. Помимо учебных и тренировочных мероприятий, Спасатель.Рядом создает условия для непрерывного реального применения.

Кому Спасатель.Рядом приносит пользу:

1. Пострадавшим от несчастного случая или ухудшения состояния здоровья, т.к в экстренных ситуациях, помощь будет оказана быстрее.
2. Службам экстренного реагирования и государственного управления. Быстрое оказание первой помощи позволяет повысить выживаемость, а значит, повышает безопасность и качество жизни людей на территории. Быстрое реагирование уменьшает нагрузку на экстренные службы, уменьшает тяжесть случаев.
3. Обществу - квалифицированное оказание помощи – благородная миссия, позволяющая объединить неравнодушных людей, поддержать социальное волонтерство, сохранить мотивацию добровольцев и обеспечить повышение их квалификации.
4. Бизнесу – наличие среди работников подготовленных добровольцев, уменьшает последствия несчастных случаев на рабочих местах, обеспечивает дополнительную безопасность. При этом, содействие организаций обучению своих сотрудников в рамках проекта Спасатель.Рядом, позволяет, как

поднять их квалификацию и общую безопасность, так и одновременно поддержать социальную благотворительную инициативу.

Как это работает?

При наступлении несчастного случая, очевидец вызывает экстренные службы. Через экстренные службы или через приложение очевидца, оповещаются подготовленные добровольные спасатели, находящиеся в непосредственной близости. Они получают вызов и направляются к месту происшествия. Прибыв на место, оценивают ситуацию, оказывают первую помощь, встречают экстренные службы и оказывают им содействие. Подготовленные добровольцы обучены правильным действиям в нештатных ситуациях, имеют средства индивидуальной защиты и обладают необходимыми навыками.

Зачастую, становятся важными даже не сами действия по оказанию помощи, сколько грамотная оценка ситуации и ограничение действий случайных очевидцев с целью не нанести дополнительный вред пострадавшим.

Спасатель.Рядом для регионов

- Развитие систем первой помощи, экстренного реагирования, содействия профессиональным службам
- Поддержание высокой квалификации добровольцев
- Реальное практическое применение в любом городе, районе, в дороге

Спасатель.Рядом для государственных служб

- Понятная и открытая схема развития системы первой помощи в конкретном населенном пункте с простой и понятной программой шагов для органов государственного управления, ведомств здравоохранения, внештатных специалистов по первой помощи
- Входит в концепцию «Безопасный город», как элемент повышения безопасности граждан в области охраны здоровья.

- Является элементом развития и объединения квалифицированного добровольчества в области первой помощи.

Спасатель.Рядом для экстренных служб

- Прозрачная система привлечения подготовленных добровольцев
- Специальный интерфейс для оператора экстренных служб (СМП, 112, ЕДДС...)

Присоединяйтесь

Присоединяйтесь сами как в роли спасателей, так и очевидцев

Расскажите о проекте своим знакомым

Помогите организовать взаимодействие с профессиональными службами

Вместе, мы сделаем нашу жизнь безопасней.

Линченко С.Н., Колодкина В.И., Колодкин А.А., Онбыш Т.Е.,
Доева Э.Т., Деренский М.В., Бодров С.Ю., Цыпленков Л.В.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ И УХОДА» ИНОСТРАННЫМ ОБУЧАЮЩИМСЯ С ПРЕПОДАВАНИЕМ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Кубанский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Краснодар, Россия

Преподавание дисциплины «Основы оказания первой помощи
пострадавшим и ухода» в ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
осуществляется в соответствии с федеральным государственным
образовательным стандартом (ФГОС-3+), в качестве вариативного курса

[1,2]. Согласно учебному плану, трудоемкость дисциплины составляет 72 часа (2 з.е.). В обучении студентов предусматриваются курс лекций (14 ч) и практических занятий (34 ч), демонстрация тематических фильмов, отработка приемов и способов оказания первой помощи пострадавшим на учебных тренажерах в мультипрофильном симуляционно-аккредитационном центре вуза при различных видах травматических и повреждений и неотложных состояний.

В КубГМУ традиционно осуществляется подготовка специалистов медицинского профиля из числа иностранных граждан, прибывающих из стран Африки, Азии, Европы и ближнего зарубежья. Однако в 2018-2019 учебном году вуз впервые приступил к обучению студентов, прибывших из Индии и получающих образование по специальности «Лечебное дело» с преподаванием на английском языке.

Для подготовки студентов по дисциплине «Основы оказания первой помощи пострадавшим и ухода» кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф подготовлена рабочая программа на английском языке, что способствует эффективной реализации образовательного процесса со студентами из зарубежных стран.

Учитывая опыт преподавания дисциплины, сотрудники кафедры отмечают ряд особенностей и сложностей получения высшего медицинского образования иностранными студентами, с которыми сталкиваются как обучающиеся, так и преподаватели.

В процессе подготовки данного контингента преподавателями, оценивающими устный ответ студентов, отмечена трудность понимания английского языка граждан, имеющих свои диалектические особенности. Сложности восприятия информации на слух студентами преподаватели кафедры избегают путем дополнительного изложения материала с помощью коротких предложений, отражающих смысл содержания основных вопросов изучаемой темы. Более того, используемые в процессе обучения

иллюстрации, схемы и таблицы существенным образом облегчают понимание и способствуют систематизации знаний студентов.

Учитывая опыт преподавания на английском языке дисциплины «Основы оказания первой помощи пострадавшим и ухода» иностранным гражданам, следует отметить некоторые моменты, ограничивающие успешность формирования профессиональных навыков и умений. К ним относятся: исходный уровень подготовленности обучающихся, внутренняя мотивация, опыт пребывания в языковой среде, возраст и пол студентов.

Следует особо отметить наличие мотивации и заинтересованности в получении образования иностранными гражданами. Выявлено, что, студенты, чей выбор профессии был сделан осознанно, являются высокомотивированными и имеют хорошую успеваемость, они используют большое число дополнительной литературы при подготовке к занятиям, задают преподавателю вопросы по темам, в которых не смогли разобраться самостоятельно. Важно отметить, что идентичная ситуация характерна и для российских обучающихся.

Так как дисциплина преподается на первом и втором курсах, надо учитывать трудности процесса адаптации иностранных студентов. На наш взгляд, процесс адаптации представляет собой комплекс, состоящий из ряда сложностей, с которыми сталкиваются обучающиеся, а именно - проблем в понимании студентами самого предмета, затрудненного языкового восприятия, а также с учетом культурологических, религиозных, политических факторов, уровня развития и особенностей медицины в стране.

Известно что, в зависимости от целей приезда в другую страну, от мотивации, национальных особенностей, религии, экономических возможностей, социального и профессионального статуса процесс адаптации может протекать от нескольких месяцев до 4-5 лет [3].

С нашей точки зрения, наиболее целесообразно начинать учебную практику с занятий в аудиториях мультипрофильного симуляционно-аккредитационного центра, где студентам предоставлены все возможности

отработки практических навыков, необходимых манипуляций на учебных тренажерах, муляжах, макетах. Центр оснащен современным оборудованием, например, фантомами для проведения сердечно-легочной реанимации у взрослого и ребенка, автоматическими наружными дефибрилляторами, муляжами для извлечения инородного тела из дыхательных путей, для обработки кожного покрова, обучения технике инъекций и др. Работая на этих устройствах, благодаря электронным средствам обратной связи, студенты самостоятельно оценивают правильность выполнения манипуляций, учатся находить и устранять ошибки, планировать тактику своих действий. В результате они оказываются более подготовлены, уверены в себе с приходом на учебную практику.

При первой встрече со студентами занятие начинается с организационно-правовых аспектов работы медицинских организаций и оказания первой помощи. Обязательным элементом является ознакомление с правилами безопасности труда медицинского персонала, профилактикой инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, принципами медицинской этики и деонтологии.

Учитывая, что студенты 1-го курса ещё не в полной мере освоили курсы анатомии и физиологии, перед обсуждением угрожающих жизни состояний преподаватели предварительно знакомят их с анатомо-физиологическими особенностями соответствующих областей человеческого тела. С этой целью широко используются учебные тренажеры, манекены, плакаты, мультимедийные презентации и учебные фильмы. Большое значение отводится освоению навыков оказания первой помощи на фоне комы, клинической смерти, при кровотечениях.

Отработка практических навыков переноса и транспортировки больных проводится, используя носилки, носилочные лямки, подручные средства. Каждый студент дополнительно совершенствует навыки извлечения пострадавших из транспортных средств, снятия шлема с мотоциклиста. Студенты с интересом осваивают основы десмургии, отрабатывая их на

своих товарищах с использованием бинтов, индивидуальных перевязочных пакетов; изучают принципы транспортной иммобилизации при помощи шин Крамера, Дитерихса и современных средств фиксации. С успехом была освоена практика применения противошоковых матрасов.

Для контроля уровня овладения компетенциями разработан фонд оценочных материалов на английском языке: контрольные вопросы, тестовые задания, ситуационные задачи по каждой теме дисциплины.

Таким образом, особенности педагогического процесса с иностранными студентами представлены совокупностью факторов: образовательных, социальных и личностных. Вместе с этим, необходимо отметить, что использование в образовательном процессе таких форм обучения, как подготовка специалистов на иностранном языке, указывает, в целом, на прогресс и востребованность вуза.

Литература:

1. Колодкин, А.А. Организация оказания первой помощи на массовых мероприятиях силами студенческого спасательного отряда / А.А.Колодкин, Л.И.Дежурный, С.Н.Линченко, Н.М.Жильцова, Д.В.Пухняк, Е.В.Герашенко // Врач скорой помощи. – 2016. – №1. – С.62-66.
2. Линченко, С.Н. Методологические аспекты проблемы обучения оказанию первой помощи / С.Н.Линченко, А.А.Колодкин, В.И.Старченко, А.В.Арутюнов, И.В.Щимаева, В.М.Бондина, В.А.Сальников // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – №4(1). – С.173-176.
3. Особенности обучения иностранных студентов на языке-посреднике на кафедре нормальной физиологии ВГМА / Я. В. Булгакова [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2015. – Т. 18, № 1. – С. 32-37.

Ловчикова И.А.

АДАПТАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ КУРСОВ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ К ФАКТОРАМ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ РАЗЛИЧНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области
«Воронежская станция скорой медицинской помощи», г. Воронеж, Россия

Аннотация

В процессе анализа текущего состояния обучения первой помощи сотрудников десяти разнонаправленных по роду деятельности предприятий Воронежской области выявлен разнородный, неструктурированный подход к обучению, идущий вразрез с требованиями Трудового кодекса Российской Федерации. Преподаватели и обучающиеся не имеют актуальной информации по порядку оказания первой помощи, регламентированному действующим законодательством Российской Федерации. Так как своевременное грамотное оказание первой помощи на производстве является одним из факторов, снижающих негативные последствия производственного травматизма, была поставлена цель- определить необходимость единой базовой программы обучения первой помощи с возможностью, при необходимости, адаптировать ее к факторам производственной среды различных предприятий. С этой целью была разработана пробная адаптированная программа для одного из воронежских предприятий. В ходе разработки выявлен высокий интерес со стороны предприятий к данным разработкам, а также определилось дальнейшее направление научной деятельности- разработка алгоритма создания адаптированных курсов первой помощи на основе базовой программы обучения первой помощи с учетом производственных факторов.

Актуальность

По данным ВОЗ (Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018)

травмы на данный момент продолжают входить в десятку ведущих причин смерти в мире. Травмы и другие жизнеугрожающие состояния чаще развиваются вне лечебно-профилактических учреждений и внезапно, что не дает переоценить значимость качества оказываемой первой помощи.

Первая помощь представляет собой комплекс мероприятий, проводимых до медицинской помощи, при развитии состояний, угрожающих жизни, в результате несчастных случаев, травм, отравлений и других состояний. Такие состояния развиваются, как правило, внезапно и чрезвычайно быстро. Только от действий окружающих зависит, будет ли у пострадавшего шанс дождаться медицинской помощи. Чем опаснее условия жизнедеятельности человека, тем выше вероятность угрожающего жизни вреда здоровью. Это делает вопросы оказания первой помощи особенно актуальными для предприятий с высоким риском производственных факторов.

Производственная травма, затрагивающая сегмент трудоспособного населения, несмотря на автоматизацию и улучшение условий труда, до сих пор может стать и становится причиной летального исхода или инвалидизации. Одним из путей решения данной проблемы является грамотно и своевременно оказанная первая помощь.

Необходимо заметить, что вопросы первой помощи достаточно серьезно обоснованы с юридической точки зрения в РФ. Так, на данный момент в РФ оказание первой помощи регламентировано действующим законодательством: Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". В указанном федеральном законе четко определено понятие первой помощи, что позволило принять и подзаконный акт - Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 N 477н (ред. от 07.11.2012) "Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 16.05.2012 N 24183). Кроме того, действующее законодательство обязывает работодателя (Статья 228 Трудового кодекса Российской Федерации) при

несчастном случае на производстве «немедленно организовать первую помощь пострадавшему и при необходимости доставку его в медицинскую организацию». Для организации оказания первой помощи при несчастном случае на производстве силами работников на работодателя также возложена обязанность организовывать обучение первой помощи для всех поступающих на работу лиц, и для работников, переводимых на другую работу (ст.ст. 212, 225 Трудового кодекса Российской Федерации). Для работника Трудовой кодекс РФ предусматривает обязанность «проходить обучение безопасным методам и приемам выполнения работ и оказанию первой помощи пострадавшим на производстве» (ст. 214 Трудового кодекса Российской Федерации).

С другой стороны, на данный момент отсутствует утвержденная законодательно программа обучения первой помощи. Работодателю предлагаются разной степени достоверности курсы для сотрудников, разовые лекции и др. Многие предпочитают обойтись банальным инструктажем по технике безопасности. При законодательном утверждении базовой программы обучения оказанию первой помощи появится следующая проблема- адаптация программы под индивидуальные запросы предприятий. Предприятия отличаются по многим параметрам (род деятельности, численность, площадь, отдаленность от крупных населенных пунктов, производственные факторы риска, особенности контингента трудящихся и др.). Возможность выбора программ обучения первой помощи в зависимости от специфики производственных факторов предприятий позволит положительно повлиять на формирование мотивации обучающихся как к процессу обучения, так и к оказанию первой помощи в реальных условиях.

Цель

Таким образом, была выявлена потребность в разработке как базовой программы обучения первой помощи, так и поиска путей ее адаптации для предприятий с различным набором производственных факторов. Тогда программа обучения на производстве будет, с одной стороны, полностью

отвечать требованиям действующего законодательства, а с другой стороны, за счет использования контекстных методов обучения (эмоциональное вовлечение слушателя, адаптация к особенностям контингента и производственной среды) создаст необходимую для оказания первой помощи мотивацию- желание научиться, чтоб иметь возможность грамотно и своевременно оказать помощь в реальных условиях.

Материалы и методы

Для достижения цели на базе одного из воронежских предприятий на основе Методических рекомендаций по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации 2015 г. (Под ред. Мороза В.В. 3-е издание, переработанное и дополненное. М.: НИИОР, 2016. 197) разработан базовый курс первой помощи. Затем были использованы следующие материалы и методы:

- Предварительное знакомство с предприятием (численность, род деятельности, площадь и т.д.);
- Выявление особенностей предприятия и проблемных вопросов;
- Статистика по оказанию ПП на предприятии;
- Переговоры с инженером по охране труда;
- Переговоры с руководством предприятия.

Обсуждались действующие регламенты по обучению первой помощи, по оказанию первой помощи, их соответствие действующему законодательству.

Результаты и обсуждение

После анализа полученных данных были выявлены следующие особенности, которые необходимо учитывать при составлении программы обучения для данного предприятия:

- Акценты в программе курса- тяжелая сочетанная травма с потерей сознания, травматическая ампутация, обморожение;
- Ситуационные задачи- на основе реальных происшествий на предприятии;
- Акцент на юридические аспекты оказания ПП (пользуются межведомственной инструкцией).

Результатом было создание программы обучения первой помощи, полностью отвечающая запросам сотрудников предприятия.

Выводы

В ходе указанной выше деятельности стало понятно, что «вручную», без научного подхода создавать такие адаптированные программы крайне трудоемко. Кроме того, всегда есть вероятность упустить что-то важное. И самое главное, как основа- необходима базовая законодательно утвержденная программа оказания первой помощи.

При наличии базовой программы обучения первой помощи планируем заняться разработкой унифицированной анкеты для предприятий и алгоритма обработки данных анкеты с целью создания курсов первой помощи, адаптированных к факторам производственной среды различных предприятий.

Лунин А.Д.

О НЕОБХОДИМОСТИ УТВЕРЖДЕНИЯ АЛГОРИТМА СОРТИРОВКИ ПОСТРАДАВШИХ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

ФГБУ «Дальневосточный региональный поисково-спасательный отряд МЧС России» с. Ракитное, Хабаровский край, Россия

Чрезвычайные ситуации характеризуются несоответствием между потребностью в оказании помощи и возможностями по её оказанию. При наличии нескольких пострадавших возникает необходимость выбора очередности и срочности оказания первой помощи. Если для людей, оказавшихся на месте происшествия случайно, эта проблема в большей степени может являться моральной, то для профессиональных спасателей и других лиц, обязанных оказывать первую помощь по закону или специальному правилу эта проблема становится юридической. Эти категории граждан обязаны оказывать первую помощь в чрезвычайных ситуациях и их

действия должны быть регламентированы нормативно-правовыми актами. Пока же установлена только сама обязанность этих лиц при оказании первой помощи проводить сортировку при наличии нескольких пострадавших. В частности, профессиональный стандарт врача скорой помощи обязывает проводить сортировку пострадавших, медицинская подготовка в программе подготовки спасателей предполагает обучение их методам проведения сортировки пострадавших. [1]

Вместе с тем, утверждённая каким-либо ведомственным приказом современная общепринятая методика сортировки пострадавших в чрезвычайной ситуации в Российской Федерации отсутствует, в отличие от ряда бывших советских республик на постсоветском пространстве. Имеется лишь раздел, посвящённый проведению сортировки по алгоритму START в методических рекомендациях по обучению персонала, привлекаемого для медицинского обеспечения мероприятий Чемпионата мира по футболу FIFA 2018 в России «Оказание экстренной медицинской помощи при проведении футбольных матчей». [2] Ведомственные нормативно-правовые акты, утверждающие какую-либо методику сортировки отсутствуют, что создаёт ряд проблем, в том числе с обеспечением преемственности между экстренными службами при оказании помощи пострадавшим в чрезвычайной ситуации.

Методика сортировки START, при всех её недостатках, фактически является общепринятой. [3] Для скорой медицинской помощи и бригад медицины катастроф есть возможность коррекции действий медицинского персонала через внесение соответствующих алгоритмов в клинические рекомендации, а для других экстренных служб и лиц, обязанных оказывать первую помощь по закону, необходимо издание ведомственных приказов.

Литература:

1. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. N 133н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач скорой

медицинской помощи". Опубликовано на "Официальном интернет-портале правовой информации" (www.pravo.gov.ru) 9 апреля 2018 г

2. Методические рекомендации по обучению персонала, привлекаемого для медицинского обеспечения мероприятий Чемпионата мира по футболу FIFA 2018 в России «Оказание экстренной медицинской помощи при проведении футбольных матчей». - [http://www.vcmk.ru/docs/metod_recomen/FIFA-2018_2 .pdf](http://www.vcmk.ru/docs/metod_recomen/FIFA-2018_2.pdf) по состоянию на 04.10.2020 года

3. Опыт использования учебного сортировочного набора для проведения симуляционного обучения медицинской сортировке в ходе ТСУ в Хабаровском крае. Лунин А.Д, Лунина О.В., Сафанюк В.Д., Щупак А.Ю. Тезисы конференции РОСМЕДОБР 2019/РОСОМЕД 2019. <https://rosomed.ru/theses/643> по состоянию на 04.10.2020 года.

Мамджян Г.Г., Невский К.Д.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ. ТРАДИЦИИ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Общество с ограниченной ответственностью «МЕДПЛАНТ», г. Москва,
Россия

Немного истории...

Фридрих Август фон Эсмарх в свое время стал пионером медицины критических состояний и медицины катастроф, изобрел кровеостанавливающий жгут, эластичный бинт, наркозную маску и другие средства для оказания помощи раненым и травмированным. Эсмарх говорил о важности оказания первой помощи непрофессионалами. Таким образом, был впервые осуществлен ныне общеизвестный военно-медицинский принцип оказания помощи раненым прямо на поле боя – «в порядке само- и взаимопомощи». Именно Эсмарх явился основателем первой

«самаритянской» школы, где он в течение многих лет преподавал и обучил тысячи людей оказанию помощи при несчастных случаях.

Производственное предприятие «МЕДПЛАНТ» (далее – МЕДПЛАНТ, предприятие) основано 2000 году ведущими специалистами бывшего ВНИИ медицинского приборостроения и специализируется в разработках и производстве медицинских изделий для экстренной помощи. МЕДПЛАНТ занимает твёрдые позиции на рынке медицинского оборудования для оказания первой помощи (ПП) и скорой медицинской помощи (СМП), обеспечивая все субъекты Российской Федерации, а также страны СНГ, продукцией собственного производства. Практически все изделия МЕДПЛАНТ оригинальны, запатентованы и представляют собой современные портативные медицинские изделия. Продукция, производимая компанией, является инновационной, конкурентоспособной и импортозамещающей. На предприятии внедрена система менеджмента качества, соответствующая требованиям международных стандартов ISO 9001, ISO 13485. Ряд продукции имеет европейские сертификаты CE.

Предприятие МЕДПЛАНТ производит медицинские изделия для:

- остановки кровотечений;
- проведения сердечно-легочной реанимации;
- для транспортной иммобилизации;

а также различные средства для перемещения и эвакуации.

Предприятие выпускает более 30 наименований медицинских изделий, часть из которых имеют оригинальные технические решения и защищены патентами на изобретения.

Нормативная база применения этих изделий изложена в приказах Минздрава России и нормативных актах других ведомств. Но в этих документах не приводятся технические требования к медицинским изделиям, а прописано только наличие. В результате мы имеем, что имеем: наверное, все знают, что аптечками первой помощи очень сложно оказать первую помощь. Потому, что до настоящего времени в обращении находятся

медицинские изделия для оказания первой помощи, которые РККА поставила на снабжение в 1920-м году, 100 лет назад: Жгут типа Эсмарха, шины типа Крамера. Данные медицинские изделия были очень актуальны в свое время, сейчас они морально устарели, но по настоящее время находятся на снабжении ведомств и ими пополняются запасы Росрезерва, хотя за последние 10-15 лет в мире произошла революция в тактической медицине. Была создана целая гамма медицинских изделий, благодаря которым появилась реальная возможность спасти намного больше людей, которые погибают до прибытия бригады скорой медицинской помощи, а также сократить сроки реабилитации выживших и избежать инвалидности многим тысячам раненных и травмированных. Отечественная промышленность также не осталась в стороне от этой технической революции. Предприятие МЕДПЛАНТ совместно с кафедрой ВПХ ВМедА им. С.М.Кирова, которую возглавляет глубокоуважаемый профессор Игорь Маркелович Самохвалов, разработала, запатентовала и производит в настоящее время линейку медицинских изделий для оказания первой помощи, о которых я сейчас расскажу.

1. ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ РЕАНИМАЦИИ, выпускаемые предприятием представлены следующей продукцией:

- КОМПЛЕКТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ КДО-МП ОДНОРАЗОВЫЕ, которые предназначены для проведения искусственной вентиляции легких ручным способом. Выпускаются в размерах: взрослый, детский, неонатальный.
- ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА СЛР «ТЕМП» - новая разработка МЕДПЛАНТ, изделие, которое будет в ближайшее время поставлено на производство. Представляет собой метроном, предназначенный для обеспечения выполнения непрямого массажа сердца при проведении сердечно-легочной реанимации. Индикатор СЛР напрямую измеряет ускорение посредством встроенного акселерометра, рассчитывает перемещение вдоль вертикальной оси и обеспечивает сопровождение процесса звуковой и световой сигнализацией. Прибор имеет два режима:

обучения и тестирования. В режиме тестирования индикация на приборе для экзаменуемого автоматически выключается, а все результаты передаются посредством беспроводной связи экзаменатору.

2. ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

ЖГУТ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖК-«МЕДПЛАНТ» турникетного типа с закруткой. Жгут оснащен запатентованным механизмом натяжения (катушка с продольно скользящим воротком), который обеспечивает автоматическую фиксацию требуемой компрессии, а также временным контуром фиксации времени для обеспечения контроля наложения жгута.

Сравнительный анализ показывает, что ЖГУТ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖК-«МЕДПЛАНТ» в качестве преимуществ обеспечивает:

1. Дозированную компрессию с маленьким шагом и низким усилием на воротке.
2. Уменьшенный болевой эффект, благодаря отсутствию дискретности при наложении.
3. В конструкции жгутов применяется два вида пряжек:
 - полукольцо – для более быстрого наложения жгута, в том числе при применении в зимних условиях в перчатках;
 - двухщелевая пряжка – для более надежной фиксации жгута в случае большого объема нижней конечности.
4. Временной контур в виде вращающегося циферблата с ценой деления 15 минут для фиксации времени наложения.

3. ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ.

Еще в начале 19 века для иммобилизации конечностей широко применялись подручные средства: ружейные ложи с прикладами, ножны штык-ножей и другие подручные средства.

Фридрих Эсмарх предложил использовать для транспортной иммобилизации и перевязок косыночную повязку, а также транспортную

шину для иммобилизации конечностей, представлявшую собой проволочный каркас корытообразной формы, предшественницу шину Крамера.

Что мы имеем в настоящее время...

МЕДПЛАНТ серийно выпускает КОМПЛЕКТЫ ШИН ТРАНСПОРТНЫХ ИММОБИЛИЗАЦИОННЫХ СКЛАДНЫХ КШТИ-«МЕДПЛАНТ».

Сравнительный анализ показывает, что шины КШТИ-«МЕДПЛАНТ»:

1. Складные, многоразмерные, легкие.
2. Моделируемые по конечности, конструкция шин исключает вторичную травматизацию.
3. Более низкая стоимость по сравнению с аналогами.

Следует отметить, что лестничные шины типа Крамера повсеместно применяются на практике в Российской Федерации, но уже морально устарели.

4. ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ.

Каркасные санитарные носилки дошли до наших дней, но уже не отвечают современным требованиям: имеют значительные массогабаритные характеристики, современные транспортные средства, в том числе санитарные, уже не приспособлены для их размещения.

В то же время промышленность серийно выпускает НОСИЛКИ БЕСКАРКАСНЫЕ «ПЛАЩ», которые имеют значительные преимущества при использовании в ограниченном пространстве. А также НОСИЛКИ «ВОЛОКУШИ» предназначены для использования в условиях наличия ограниченного количества людей осуществляющих транспортировку, которая может быть выполнена одним человеком, выполняющем эвакуацию пострадавшего, благодаря наличию в конструкции носилок-волокуш плечевых тяговых ремней.

Сравнительный анализ показывает, что носилки-волокуши «МЕДПЛАНТ»:

1. Импортозамещающие, российские аналоги отсутствуют.

2. Два типоразмера: компактные и стандартные. Тяговые лямки оснащены плечевыми накладками.

3. Имеют более низкую стоимость по сравнению с импортными аналогами.

Простейшим средством перемещения является РЕМЕННОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ПЕРЕНОСА ПОСТРАДАВШИХ РУП-«МЕДПЛАНТ». Транспортировка пострадавшего может быть выполнена одним человеком, выполняющем эвакуацию пострадавшего, благодаря наличию в конструкции плечевых лямок. При этом руки, выполняющего транспортировку пострадавшего, остаются свободными.

Сравнительный анализ показывает, что ременное устройство для переноса пострадавших «МЕДПЛАНТ»:

1. Импортозамещающее, российские аналоги отсутствуют.
2. Тяговые лямки оснащены плечевыми накладками.
3. Имеет более низкую стоимость по сравнению с импортными аналогами

На базе этих изделий предприятием МЕДПЛАНТ разработаны **БАЗОВЫЕ И РАСШИРЕННЫЕ НАБОРЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ**, состав вложений которых соответствует требованиям к вложениям действующих приказов Минздрава России, но сами вложения, такие, как дыхательные комплекты, жгут кровоостанавливающий, шины и воротники иммобилизационные уже более современные и эффективные. Наборы ПП базовые и расширенные (универсальные) представляют собой изделия и сопутствующие средства, позволяющие оказывать первую помощь, в т.ч. в местах большого скопления людей, во время проведения крупных спортивных соревнований: чемпионатов, олимпиад, концертов на открытых площадках, а также в любой нестандартной ситуации, где вовремя оказанная первая помощь, до прибытия врачебной бригады, может спасти человеку жизнь.

Выпускаемые предприятием МЕДПЛАНТ медицинские изделия гораздо эффективнее более ранних аналогов, что доказано ведущими специалистами кафедры ВПХ ВМедА им. С.М.Кирова, ГНИИ военной медицины, медицинскими аэромобильными отрядами ВДВ и ГВКГ им.Н.Н.Бурденко Минобороны России, в том числе в полевых и Арктических условиях, а также в локальных конфликтах последних лет.

Кроме того, в комплекты первой помощи должны входить также различные средства тактической (непродолжительной) эвакуации, такие как: ременное устройство для переноса пострадавших РУП, носилки «ПЛАЩ», носилки «ВОЛОКУШИ».

Что же касается нормативно-правового регулирования, в соответствие со статьей 15 Федерального закона от 31.07.2020 № 247-ФЗ «Об обязательных требованиях в Российской Федерации» в рамках «регуляторной гильотины» уже выпущено постановление Правительства Российской Федерации от 4 июля 2020 г. № 982, согласно которому с 1 января 2021 г. утратит силу приказ Минздравмедпрома России от 20 августа 1996 г. № 325 «Об утверждении аптечки первой помощи (автомобильной)».

В настоящее время Минздравом России подготовлен и опубликован на Федеральном портале проектов нормативных правовых актов в информационно-телекоммуникационной сети Интернет по адресу www.regulation.gov.ru (ID 01/02/08-20/00106894) проект приказа «Об утверждении требований к комплектации медицинскими изделиями аптечки для оказания первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (автомобильной)», который в настоящее время рассматривается профильной рабочей группой.

Есть надежда, что с введением с 1 января 2021 года нового приказа Минздрава «автомобильная аптечка» перестанет быть формальным медицинским изделием для «галочки», а позволит сохранить здоровье и спасти жизнь в случае дорожно-транспортного происшествия с наличием травмированных и раненых.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ.

1. В настоящее время отечественная медицинская промышленность производит современные медицинские изделия для оказания первой помощи. Для унификации обучения и получения устойчивых навыков применения этих изделий предлагаем унифицировать технические требования к ним и образовательные программы на межведомственном уровне.
2. Предлагаем при подготовке проектов приказов Минздрава России по утверждению требований к комплектации медицинскими изделиями аптек, наборов, комплектов и упаковок для оказания первой помощи в первую очередь рассматривать в качестве потенциальных вложений зарегистрированные в установленном порядке медицинские изделия, выпускаемые предприятиями отечественной медицинской промышленности, информацию о которых можно сверить в государственном реестре медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий.

Литература:

1. Эсмарх, Фридрих-Август // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона : в 86 т. (82 т. и 4 доп.). — СПб., 1890—1907.
2. Самохвалов И.М., Рева В.А. «Догоспитальная помощь раненым в военных конфликтах: состояние и перспективы» // Военно-медицинский журнал – 2015, Т.336, № 10 – с. 15-26.
3. Юдин А.Б., Шестаков С.В., Артемьев Н.А., Чувашев М.Л. «Войсковые испытания перспективных образцов технических средств для подразделений медицинской службы межвидовой группировки Арктической зоны» // Военно-медицинский журнал – 2015, Т.337, № 3 – с. 64-71.
4. Мишин Ю.А., Забродский Д.С., Меркулов А.В. «Совершенствование комплектно-табельного оснащения для оказания первой помощи в

Манеров С.Л., Тетюхин С.В.

**ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ
(ИНСТРУКТОРОВ) ПЕРВОЙ ПОМОЩИ. НАШ ОПЫТ И ВЗГЛЯД В
БУДУЩЕЕ**

Национальный совет по первой помощи, г. Москва, Россия

Школа Первой помощи «Пространство Безопасности»,

г. Москва, Россия

Всероссийское детско-юношеское общественное движение «Школа безопасности», г. Москва, Россия

Опыт подготовки инструкторов Школой первой помощи «Пространство Безопасности». Анализ работы инструкторов различных государственных частных образовательных организаций, проведенных членами Национального совета по первой помощи.

С самого начала работы Школы первой помощи «Пространство Безопасности», с 2004 года, качество обучения инструкторов и слушателей выдвигалось на первое место.

За 16 лет накоплен большой материал и статистика работы инструкторов, проверки качества обучения и переобучения слушателей. По итогам данных проверок и статистики проводится ежегодное переобучение и повышение квалификации как внутренних, так и внешних инструкторов.

В данном докладе коротко сформулированы выводы данной работы. Показаны направления индивидуального развития преподавателей (инструкторов), которые хотят развиваться и повышать качество своей работы.

Требования к кандидатам в внутренние инструкторы Школы первой помощи «Пространство Безопасности» просты:

- 1) Опыт работы спасателем, пожарным, фельдшером или врачом скорой помощи не менее 10 лет.
- 2) Опыт работы на крупных ЧС.
- 3) Благоприятные отзывы в профессиональном сообществе.
- 4) Правильная русская речь.
- 5) Одна и более дополнительных специализаций.

Для внешних инструкторов таких требований нет.

Система подготовки инструктора:

0 этап: Для внутренних инструкторов. Прохождение не менее 3-4 курсов первой помощи у разных преподавателей (инструкторов) с целью запоминания информации, оценки различных стилей преподавания разными инструкторами, получения личного опыта как слушателя курсов первой помощи.

1 этап:

2 дня – установочный курс Первой Помощи. В данном блоке кандидаты в инструкторы проходят курс первой помощи строго в соответствии с программой. Обучение идет в группе не более 15 человек. В конце – первое тестирование на знание теории оказания первой помощи.

4 дня – методический курс. В данном блоке кандидаты в инструкторы проходят каждую тему курса: разбирают и отрабатывают преподавание каждой темы, использование различных методов, приемов и форм обучения, разбирают сценарии ситуационных задач. В обязательном порядке проходят ораторское искусство, использование технического оснащение курса. Второе тестирование.

1 день – Подготовка к ведению курсов. Подготовка и сдача тем для самостоятельного ведения. Работа с преподавателем по ошибкам, выявленным во втором тестировании.

2 дня курса – Ведение курса первой помощи. Ведение кандидатами в инструкторы, под контролем инструктора-методиста, 2х-дневного курса первой помощи для слушателей, строго в соответствии с программой курса. Обычно, это минимум одной темы самостоятельно и 1 темы в паре или тройке, что позволяет отработать взаимодействие между инструкторами.

1 день – завершающий день инструкторского курса. Индивидуальная работа с каждым кандидатом в инструкторы с учетом проведенного им блока в курсе первой помощи. Сдача заключительного теста. По итогам обучения внешние инструкторы получают документ установленного образца. Итого 10 дней. Чаще всего обучение идет в течение двух недель.

2 этап. Обязательный для внутренних инструкторов.

2-4 проведённых групп под контролем методиста и выпуск в самостоятельное ведение курсов.

По итогам проведенных курсов, кандидат получает статус инструктора Школы первой помощи «Пространство Безопасности».

Ежегодное повышение квалификации: если инструктор проводит в год менее 3 групп – ежегодное 2х дневное переобучение. Для всех обязательно плановое однодневное ежегодное обучение. В случае, если анализ сданных слушателями тестов показывает, что у конкретного инструктора по определённым темам в преподавании есть проблемы, то проводится внеплановая встреча с инструктором. При выпуске новых рекомендаций, серьезных изменений в стандартах оказания первой помощи проводится внеплановая конференция.

Контроль качества работы преподавателя (инструктора).

В рамках контроля качества работы преподавателя (инструктора) проводится несколько исследований.

1. Анализ тестов заполненных слушателями (30 вопросов)
2. Анализ отзывов слушателей о качестве работы инструктора, уровне проведения мероприятия
3. Анализ тестирования слушателей, которые ранее проходили обучение. В отдельных группах, от одного до трех раз в три года.
4. Экспертная оценка инструктором-методистом, при посещении курса или просмотре видеозаписей работы инструктора.

С какими сложностями приходится сталкиваться при обучении и переобучении (если человек уже имеет опыт инструктора первой помощи).

Рост сложности переучивания исходя из факторов:

- Нет опыта преподавания
- Нет опыта оказания первой помощи
- Большой опыт оказания первой помощи
- Медицинское образование
- Опыт преподавания первой помощи
- Прохождение инструкторского курса по программе, противоречащей современным знаниям
- Отсутствие желания учиться новому

Каждый из этих факторов влияет на эффективность обучения и переобучения кандидата в инструкторы. Например, анализ работы инструкторов, имеющих медицинское образование, показал, что кривая качества обучения в первых 2-4 групп у них ниже, чем у других инструкторов. Начиная с 11-15 группы (100-250 человек обученных) качество выравнивается и далее, в общем, соответствует кривой обучения А.Бандуры. Исследование данной проблемы показало, что у инструкторов, имеющих медицинское образование, возникают проблемы с потерей времени во время ответов на вопросы слушателей из-за использования специфической

медицинской лексики. Ее использование приводит к дополнительным вопросам и просьбам расшифровать медицинские термины. Учет этих данных позволил в последних проведенных инструкторских курсах снизить остроту проблемы. В методический блок внесено упражнение, развивающее в инструкторах умение говорить на внезапные и сложные вопросы о первой помощи простым языком, без использования специфической медицинской лексики.

В случае прохождения кандидатом ранее инструкторского курса по программе, противоречащей современным знаниям о первой помощи, основная сложность возникает в первые дни методического блока. Когда инструктору-методисту приходится делать упор на более подробное объяснение и обоснование современных знаний и навыков в области оказания первой помощи и андрогогики.

У всех инструкторов, после с 11-15 группы (100-250 человек обученных), когда материал выучен хорошо и инструктору не требуется поглядывать в тетрадь инструктора, происходит провал во времени, выделенном на практику. Связано это с желанием рассказать слушателям как можно больше и ответить на все вопросы. Для нивелирования этого, на этом этапе становления инструктора, необходимо проводить контроль соблюдения временных рамок проведения курса. А по итогам контроля, проводить занятие с инструктором, включающее в себя упражнения по соблюдению тайминга, умению кратко отвечать на вопросы и умение выделять главное, при проведении курса первой помощи.

Наши исследования показали, что в обязательном порядке кандидаты в инструкторы, в рамках блока ораторского искусства, должны быть обучены нижеприведённым темам:

- Снижение волнения / страха
- Грамотные советы
- Работа с голосом и стилем выступления
- Энергетика выступления

- Контакт глазами с аудиторией
- Поза и жесты инструктора
- Параметры техники речи
- Сложные слушатели

Хотим заметить, что постоянный контроль курсов, проводимых на территории Москвы, показал, что практически у 66% инструкторов отсутствует знание и умение применять четырех-этапный метод обучения взрослых. 88% при оценке работы слушателей, не используют правила обратной связи высокого качества. Напомним их: дружелюбность, искренность, что понравилось (всегда есть за что похвалить), потом что добавить и улучшить (позитивно, вместо «как не надо», говорим «как надо»). Говорить надо конкретно и желательно показать, как правильно делать. Ну и последнее, это краткость – говорим сразу и по делу, 2-3 самых важных момента.

Необходимо показывать только правильные действия. 68% инструкторов показывают неправильные действия при демонстрации приемов оказания первой помощи.

Данная статистика собиралась и анализировалась в период 2018-2020 годов, членами Национального совета по первой помощи при посещении различных, государственных и частных, образовательных организаций.

Были оценены, лично и по видеозаписям, 76 инструкторов на 135 занятиях.

На основании изучения результатов исследования, оптимальный срок проведения практической переподготовки преподавателя (инструктора) по первой помощи составляет три-четыре года, что соответствует мировой практике. Так же подтверждена необходимость прохождения

Литература:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об образовании в Российской Федерации».
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 г. № 477-н (ред. от 07.11.2012 г.) «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.05.2012 г. № 24183).
4. Организация подготовки и возможные требования к преподавателям предмета «первая помощь». Дежурный Л.И., Неудухин Г.В., Колодкин А.А. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. № 4-1. С. 83-85.
5. Современные технологии преподавания приемов оказания первой помощи. Садеков Р.Р., Дежурный Л.И., Щеголева Т.В., Мальцева О.А. Домодедово, 2019.
6. Правовые, управленческие и педагогические принципы оказания медицинской помощи в современных условиях. Заварзина О.О., Колчин А.А., Манеров С.Л. Школа будущего. 2019. № 1. С. 106-125.
7. Анализ работы учебного отдела МОУ МЦ «Раменский дом учителя» по повышении квалификации педагогических работников Раменского г.о. в 2019-2020 учебном году, 2020 ,
<https://ramrdu.edumsko.ru/activity/povishenie> дата обращения: 04.10.2020) Текст : электронный.
8. Анализ работы учебного отдела МОУ МЦ «Раменский дом учителя» по повышении квалификации и переподготовке педагогических работников Раменского муниципального района в 2018-2019 учебном году, 2020, <https://ramrdu.edumsko.ru/activity/povishenie> (дата обращения: 04.10.2020) Текст : электронный.
9. Европейское пособие по первой помощи. European First Aid Manual 2016.

Марченко Д.В.

ДИСЦИПЛИНА «ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ» ВНУТРИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет,

г. Иркутск, Россия

В нашей стране существует высокая вероятность возникновения нештатных событий, как на рабочем месте, так и на улице, дома, в местах массового скопления людей, поэтому оказание первой помощи пострадавшим может оказаться чрезвычайно важным и актуальным, особенно учитывая условия крайнего дефицита времени. Это требует и от студентов медицинских ВУЗов, и от врачей, и от спасателей качественных знаний по данному разделу профессиональной подготовки, с учётом, в том числе, и зарубежного опыта.

Знания по направлению «Первая помощь» — это ещё и важнейший социально-экономический аспект, так как именно они способны повлиять на снижение смертности в нашей стране на догоспитальном этапе, до прибытия служб экстренного реагирования. В современном мире активно происходит интеграция медицинского образования — методики пересматриваются, алгоритмы уточняются, протоколы лечения совершенствуются.

Очевидным и логичным представляется тот факт, что чем больше будет обучено по единой методике медицинского персонала, - тем выше вероятность спасения конкретного пострадавшего во внебольничных условиях — скорая медицинская помощь, при даже идеальном и скором её прибытии, всё равно может опоздать.

Первая помощь — основа спасения пострадавшего, без неё может нарушиться преемственность и взаимодействие догоспитального и госпитального этапов.

Именно поэтому задача по обучению студентов медицинских ВУЗов навыкам первой помощи пострадавшим видится в регулярном и системном

изложении учебного материала, основанного на современных тенденциях мировой спасательной практики, демонстрации учебного и реального тематического видеоматериала, отработке практических навыков (локальных алгоритмов спасения) на тренажёрах в специализированных аудиториях. Формальный подход к обучению здесь просто не допустим.

При обучении студентов навыкам оказания первой помощи пострадавшим на догоспитальном этапе целесообразно выделить три важнейших момента:

1. При остановке сердца - высокоэффективные компрессии грудной клетки, адекватная искусственная вентиляция лёгких.
2. Грамотная и эффективная остановка опасного кровотечения.
3. Своевременная помощь при обструкции (попадании инородных тел и (или) западании корня языка) или аспирации (жидкостью (кровь, слизь, пена, рвотные массы)) дыхательных путей пострадавшего.

Всё остальное – не менее важно, но, всё же, – вторично [1, 2].

Несколько снисходительное и формальное отношение к вопросам первой помощи пострадавшим, сложившееся в нашей стране за последние десятилетия, привело к тому, что более 70% граждан не знают, не умеют оказывать первую помощь во внебольничных условиях [3]. В любом случае, это уже реальная проблема для безопасности нашего общества и страны в целом. По данным ООН, конкретное государство может чувствовать себя в относительной безопасности, если обученных навыкам оказания первой помощи граждан будет не менее 25%, то есть каждый четвёртый; в нашей стране этот показатель не превышает и 10%.

Свой необходимый уровень профессиональных компетенций студентам медицинских ВУЗов необходимо поддерживать, регулярно отбатывая навыки первой помощи на практико-ориентированных семинарах, ведь умение оказывать первую помощь пострадавшим – залог нашей общей безопасности и признак зрелости гражданского общества.

Медицинский персонал, обученный навыкам оказания первой помощи, практически отработавший на занятиях локальные алгоритмы спасения не будет медлить с реализацией своего профессионализма, потому что он точно знает, как важны для пострадавшего эти минуты до прибытия сотрудников экстренных медицинских служб.

Особенно актуальным и значимым всё это становится для студентов медицинских ВУЗов страны. Ведь любой человек отчётливо понимает, что раз на месте происшествия волею судеб оказался студент-медик (по сути, будущий врач) значит, проблема для пострадавшего будет гарантированно нивелирована. Но, так ли это? К великому сожалению, нет. Весьма редко студенты медицинских ВУЗов чётко знают, что делать в конкретной ситуации, когда речь идёт об оказании помощи пострадавшему во внебольничных условиях.

На примере нашего ВУЗа приведём результаты анонимного анкетирования студентов старших (4,5,6) курсов. На вопрос «готовы ли Вы оказать помощь человеку во внебольничных условиях?» 86% опрошенных ответили утвердительно, так как искренне считают, что это – долг каждого из них. Однако, на вопрос «знаете ли Вы что делать в конкретной ситуации?» лишь 19% студентов ответили утвердительно.

Вероятно, остальным 81% в реальной ситуации не хватило бы уверенности сделать шаг к пострадавшему. Почему? Не имелось предшествовавшего жизненного и профессионального опыта? Нет необходимой решительности и мужества? Не преподавались знания и умения по оказанию первой помощи в течение этого периода обучения и всё забылось? Растерянность?

Нам видится, что проблема несколько глубже. Отрабатывая вопросы диагностики и лечения больных в процессе обучения в ВУЗе, студенты-медики практически не рассматривают вопросы оказания первой помощи пострадавшим во внебольничных условиях (ведь это и так, вроде, понятно).

А общество ожидает от медицинского сообщества профессионализма и разумной достаточности.

Решение данного вопроса, по нашему мнению, в следующем – занятия по дисциплинам «Безопасность жизнедеятельности» и «Медицина катастроф» на младших и, особенно, на старших курсах должны проходить в виде практико-ориентированных семинаров, обязательно включающих в себя вопросы оказания первой помощи пострадавшим во внебольничных условиях, то есть на догоспитальном этапе. Формирующиеся навыки в процессе отработки локальных алгоритмов спасения, несомненно, позволят повысить культуру безопасности и уверенности каждого студента, его ближайшего окружения, как и вероятность оказания помощи случайным людям в конкретной жизненной ситуации [3, 5].

Серьёзное внимание в процессе обучения необходимо уделять вопросам личной безопасности при первичном осмотре, определении витальных функций и дальнейшей работе с пострадавшим, а также реализации неотложных мероприятий догоспитального этапа – остановка опасного кровотечения, устранение обструкции дыхательных путей, обеспечение безопасного положения при коме, подстраховка шейного отдела позвоночника при необходимых манипуляциях [3, 5]. Особое место в процессе обучения наших студентов должна занимать так называемая «цепочка спасения», рекомендуемая мировому сообществу Европейским советом по реанимации – быстрое определение у обнаруженного без видимых признаков жизни человека остановки сердца (по отсутствию сознания и дыхания) - быстрый вызов экстренных служб - быстрое начало базовой сердечно-лёгочной реанимации, прежде всего, - эффективных компрессий - быстрое проведение электроимпульсной терапии (при наличии автоматического наружного дефибриллятора (АНД) [4].

Именно понимание всех многочисленных нюансов этой «цепочки спасения», её практическая отработка и позволят обучаемым не только чётко осознать алгоритм спасения пострадавших во внебольничных условиях, но и

свою миссию [5]. Во всяком случае, при проверке остаточных знаний у студентов нашего университета после проведённого обучения по данному направлению, был определён обнадеживающий результат – около 74% (по результатам тестирования, демонстрации практических навыков и анонимного анкетирования) составила так называемая «выживаемость знаний».

Одним из направлений практической реализации обучения для студентов нашего ВУЗа может стать предложенная нашей кафедрой платформа уровня «Инструктор первой помощи», где в расширенном практико-ориентированном формате рассматриваются и отрабатываются локальные алгоритмы спасения при наиболее часто встречаемых видах травм и повреждений догоспитального этапа.

Можно полагать, что регулярные «освежающие» практико-ориентированные консультации со студентами, ранее проходившими обучение по первой помощи пострадавшим во внебольничных условиях, позволят сформировать устойчивый навык и уверенность в себе – так называемое «профессиональное круглосуточное милосердие» [3, 5]. Формализм и некомпетентность в этом вопросе попросту опасны – и для нашего студента, и для его близких, коллег и соотечественников.

Литература:

1. Всё о первой помощи: <http://www.allfirstaid.ru/>
2. Приказ МЗ РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».
3. Смирнов А. В. Первая помощь – как безопасность жизни: практическое руководство. – Чебоксары, 2017. – 159 с. : ил., табл.
4. Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 года): <https://www.rusnrc.com/-2015>.

5. Марченко Д.В. Первая помощь: современные алгоритмы спасения: учебное пособие. – Иркутск: ИГМУ, 2020. – 132 с.

Марченко Е.В.

АНАЛИЗ ОШИБОК ПЕРВОЙ ПОМОЩИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ (НА ПРИМЕРЕ ВСЕРОССИЙСКИХ СТУДЕНЧЕСКИХ СОРЕВНОВАНИЙ «ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР»)

Федеральное казенное учреждение Центр экстренной психологической помощи МЧС России, г. Москва, Россия

Алгоритмы оказания первой помощи и психологической поддержки пострадавшим при различных состояниях и травмах - это комплекс базовых знаний, умений и навыков, необходимых каждому молодому человеку.

Семилетний опыт организации Всероссийских соревнований по первой помощи и психологической поддержки «Человеческий фактор» для студентов показывает ежегодный рост числа участников. Многие команды участвуют несколько лет подряд и улучшают свой результат. Главная цель соревнований — популяризация знаний по первой помощи и психологической поддержке среди молодежи в России. В 2020 году в отборочных этапах соревнований приняли участие более 750 команд - 2500 молодых людей.

Соревнования представлены трехступенчатой системой отбора лучших команд: первый этап — тестирование уровня знаний в области психологической поддержки и первой помощи, которое проходит в субъектах РФ. Второй этап - в Федеральных округах, где команды соперничают не только в теоретических знаниях, но и в практических умениях и навыках оказания психологической поддержки и первой помощи, а также инструкторских навыках. Третий (итоговый) этап соревнований проходит в Москве, где собираются лучшие команды каждого Федерального

округа. Он включает в себя тестирование, выполнение командами практической задачи на специально обученных статистах и обучение зрителей навыкам первой помощи и психологической поддержки [5]. В качестве методических пособий для подготовки к соревнованиям участники используют брошюры «Оказание первой помощи пострадавшим» и «Психологическая поддержка», разработанные Центром экстренной психологической помощи МЧС России [3, 4].

Экспериментальной базой проведенного исследования стали судейские оценочные листы практического задания «Оказание первой помощи и психологической поддержки» и задания «Обучение» команд финального этапа соревнований 2015-2018.гг. (379 оценочных листа).

Обработка данных осуществлялась путем выявления относительной частоты каждой ошибки и дальнейшим ранжированием всех допущенных ошибок.

При оказании первой помощи в рамках выполнения практического задания со статистами и манекенами были выявлены три группы ошибок:

- ошибки в отношении собственной безопасности — например, проведение вентиляции легких без защитного устройства или маски, работа без перчаток (или в случае надрыва – их использование);
- ошибки применения алгоритма: паузы в реанимации более 10 секунд; не проведение осмотра пострадавшего (участники должны осмотреть всего пострадавшего и озвучить найденные травмы); нарушение правильной последовательности действий по оказанию первой помощи (проверка безопасности, осмотр пострадавшего и т.д.).
- ошибки качества: повязка на рану не фиксирует ее, не давит, съезжает, смещается или перевязочный материал можно извлечь из-под повязки, а также ошибки в технике проведения СЛР (неправильная постановка рук, недостаточная глубина компрессий или их частота).

При оказании психологической поддержки пострадавшим с острыми стрессовыми реакциями страха, агрессии или истерики, были выявлены четыре группы ошибок:

- ошибки при установлении контакта с пострадавшими: не привлечение внимания пострадавшего, резкое вступление в контакт или его прерывание.

- ошибки информирования пострадавших: частичное или полное отсутствие информирования, игнорирование вопросов пострадавшего, использование сложных для восприятия фраз, сообщение ложной информации или обещания при неподтвержденном прогнозе развития ситуации.

- ошибки контроля собственного состояния: низкая или недостаточная степень контроля собственного состояния оказывающего помощь негативно влияет на состояние пострадавшего или процесс оказания ему помощи.

- ошибки практического выполнения алгоритма психологической поддержки: неточное или ошибочное выполнение действия или последовательности необходимых действий, а также усиление ими реакции у пострадавшего [2].

Анализ ошибочных действий капитанов команд при обучении зрителей приемам психологической поддержки и первой помощи, выявил следующие группы ошибок:

- содержательные ошибки или ошибки базовой подготовки: неполное описание признаков острой стрессовой реакции, приемов психологической поддержки или алгоритмов первой помощи.

- практические ошибки или ошибки исполнения: неточное практическое выполнение приема оказания психологической поддержки или первой помощи связано с недостатком практических умений и навыков; умения грамотно, последовательно, точно демонстрировать практический образец работы в условиях, максимально приближенных к реальным; организовывать доступно и соответствующе обучающее пространство, а также недостаточная степень внутренней готовности.

- преподавательские ошибки или ошибки обучения: невыразительность выступления при комментировании действий, отсутствие необходимых пауз, соответствующих жестов, мимики; ошибки в пространственном расположении при демонстрации приема. Они могут быть связаны с недостаточным уровнем преподавательской подготовки, владения технологиями эффективного обучения и навыками публичного выступления.

- рефлексивные ошибки или ошибки обратной связи, допущенные преподавателем в отношении обучающегося: отсутствие структуры обратной связи и неточность ее донесения, в том числе при выделении сильных и слабых сторон при ответе обучающихся [1].

Таким образом, ошибки оказания первой помощи и психологической поддержки – это часто встречающееся явление, требующее анализа с целью повышения эффективности этой деятельности. Минимизация этих ошибок увеличивает шансы пострадавших на спасение и сохранение здоровья.

Результаты проведенного исследования представляются актуальными как для инструкторов первой помощи, преподавателей, осуществляющих обучение первой помощи и подготовку команд к соревнованиям, а также для всех интересующихся этой областью знаний.

Литература:

1. Марченко Е. В. Анализ ошибок при обучении первой помощи и психологической поддержке // Социальные аспекты здоровья населения (электронный журнал). — 2018. — Т. 63.

2. Марченко Е. В. Анализ ошибок при оказании первой помощи и психологической поддержке пострадавшим при различных состояниях и травмах // Социальные аспекты здоровья населения (электронный журнал). — 2019. — Т. 67.

3. Оказание первой помощи пострадавшим. Памятка. Москва: МЧС России; 2016. 92 с.

4. Психологическая поддержка. Практическое пособие. Москва: МЧС России; 2017. 48 с.

5. Регламент Всероссийских соревнований «Человеческий фактор» в 2017 году. Москва: МЧС России; 2017.

Махновский А.И., Барсукова И.М.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ: ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ ОТ ПОТЕНЦИАЛЬНО-ПРЕДОТВРАТИМЫХ ПРИЧИН

Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт скорой помощи» им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Основными причинами потенциально предотвратимой смерти на догоспитальном этапе являются внезапная сердечная смерть, травмы и внешние причины.

По данным эпидемиологических исследований количество случаев потенциально-предотвратимой внезапной сердечной смерти в Российской Федерации может составлять до 100 чел. на 100 тыс. населения в год, а количество случаев потенциально предотвратимой смерти от травм и других внешних причин – до 40 чел. на 100 тыс. населения в год.

При острых и внезапных жизнеугрожающих состояниях экстренная помощь должна оказываться в течение так называемых «пяти платиновых минут».

Следует отметить, что время прибытия выездной бригады скорой медицинской помощи, как правило, составляет 20 минут и более, при этом своевременное и правильное оказание первой помощи пострадавшим следует рассматривать как основной фактор снижения смертности от потенциально предотвратимых причин. Таким образом, развитие системы оказания первой

помощи в Российской Федерации необходимо рассматривать в рамках реализации Национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» или в качестве самостоятельного Национального проекта.

Эту мысль также озвучил Председатель Комитета по охране здоровья Государственной Думы Российской Федерации Дмитрий Анатольевич Морозов: «Каждый гражданин нашего государства должен обязательно читать Пушкина, должен знать, кто такой Чайковский, и обязательно должен уметь оказывать первую помощь – это Национальная идея».

Развитие системы оказания первой помощи в Российской Федерации невозможно без формирования единой системы методического руководства и «вертикали» управления.

В настоящее время в федеральных округах и субъектах Российской Федерации назначены главные внештатные специалисты по направлению «первая помощь», в тоже время, отсутствует самое главное звено – районные специалисты.

Таким образом, в каждом административном (муниципальном) районе целесообразно назначить районного специалиста по направлению «первая помощь» с группой преподавателей первой помощи из расчета не менее 1 на 10 тыс. населения.

Основные квалификационные требования к районным специалистам по направлению «первая помощь» и преподавателям первой помощи:

а) обучение по рекомендованной Минздравом России Программе обучения лиц, обязанных и (или) имеющих право оказывать первую помощь;

б) дополнительное профессиональное образование по рекомендованной Минздравом России Программе подготовки преподавателей, обучающихся лиц, обязанных и (или) имеющих прав оказывать первую помощь.

Основные задачи районного специалиста по направлению «первая помощь» и преподавателей первой помощи должны быть направлены

на обучение организованных граждан из числа работников и служащих организаций и предприятий – подведомственных субъекту РФ и району.

До настоящего времени также не решен вопрос мониторинга случаев потенциально предотвратимой догоспитальной смерти. С целью решения данного вопроса предлагается внести изменения в форму карты вызова скорой медицинской помощи и в форму отчета станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи (утв. приказом Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009 № 942). Предлагается также рассмотреть вопрос о формировании Регистра случаев потенциально предотвратимой догоспитальной смерти – в рамках создаваемого Единого цифрового контура здравоохранения.

Махновский А.И., Барсукова И.М.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ РАСШИРЕННОЙ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт скорой помощи» им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации в первом чтении принят законопроект по внесению поправок в статью 31 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» в части введения понятия расширенная первая помощь и законодательного регулирования вопросов использования лекарственных препаратов при оказании расширенной первой помощи.

В соответствии с данным законопроектом на немедицинских работников при оказании расширенной первой помощи пострадавшим будут возлагаться обязанности по назначению и введению лекарственных препаратов.

С целью обеспечения преемственности в оказании расширенной первой помощи и скорой медицинской помощи, расширенную первую помощь следует рассматривать как вынужденное выполнение первоочередных мероприятий скорой медицинской помощи немедицинскими работниками.

Руководствуясь данным принципом, а также стандартами и клиническими рекомендациями по оказанию скорой медицинской помощи, обоснованы:

1) перечень состояний, при которых могут быть использованы лекарственные препараты при оказании расширенной первой помощи: травмы, ожоги, отравление окисью углерода, внезапная смерть, анафилактический шок, астматический статус, отравление окисью углерода, гипогликемия; другие острые состояния.

2) перечень лекарственных препаратов, которые могут быть использованы для оказания расширенной первой помощи: эпинефрин, раствор для инъекций; преднизолон, раствор для инъекций; натрия хлорид, раствор для инфузий; декстроза, раствор для внутривенного введения; кеторолак, раствор для инъекций; трамадол, раствор для инъекций; транексамовая кислота, раствор для внутривенного введения; сальбутамол, аэрозоль для ингаляций; цинка бисвинил-имидазола диацетат, раствор для внутримышечного введения; кислород;

3) способы введения лекарственных препаратов при оказании расширенной первой помощи: внутрикостный (альтернатива внутривенному); внутримышечный;

4) требования к форме выпуска и условиям хранения лекарственных препаратов, которые могут быть использованы при оказании расширенной первой помощи: шприцы-тюбики или ампулы-буфусы, полиэтиленовые контейнеры для растворов; лекарственные препараты, используемые для оказания расширенной первой помощи, не должны требовать особых температурных режимов хранения.

В соответствии с требованиями федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (пункт 29 и пункт 56 статьи 4; пункт 7 статьи 67) субъектами обращения лекарственных препаратов, используемых для оказания расширенной первой помощи, могут являться только юридические лица – организации, предприятия и учреждения, в штате которых находятся сотрудники, оказывающие расширенную первую помощь.

Махновский А.И.

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ДОКТРИНА И ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт скорой помощи» им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Понятия о видах медицинской помощи в Российской Федерации регламентированы федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». При этом номенклатура медицинских услуг и порядки оказания медицинской помощи утверждаются Минздравом России – уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В то же время, в военно-медицинской доктрине используются иные понятия о видах медицинской помощи – в соответствии с Решением XXXVI пленума Ученого совета ГВМУ МО РФ от 1996 г.

Цель исследования: дать определение видам медицинской помощи в военно-медицинской доктрине в соответствии с основными понятиями, используемыми в федеральном законе от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Материалы и методы: виды медицинской помощи в военно-медицинской доктрине рассматривались на предмет соответствия видам работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность, номенклатуре

медицинских услуг, порядкам и стандартам оказания медицинской помощи, профессиональным стандартам.

Результаты исследования.

Первая помощь в военно-медицинской доктрине соответствует вводимому в федеральное законодательство понятию «расширенная первая помощь».

Доврачебная помощь в военно-медицинской доктрине соответствует понятию «скорая медицинская помощь» – применительно к составу и оснащению фельдшерской бригады.

Первая врачебная помощь в военно-медицинской доктрине соответствует понятию «скорая медицинская помощь» – применительно к составу и оснащению общепрофильной врачебной бригады.

Квалифицированная медицинская помощь в военно-медицинской доктрине соответствует понятию «скорая специализированная медицинская помощь» и может рассматриваться как первый этап многоэтапного хирургического лечения «damage control surgery».

Специализированная медицинская помощь в военно-медицинской доктрине соответствует понятию «специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь».

Медицинская реабилитация в военно-медицинской доктрине соответствует понятиям «медицинская реабилитация при оказании специализированной медицинской помощи», «медицинская реабилитация при санаторно-курортном лечении», «медицинская реабилитация при оказании первичной медико-санитарной помощи».

ВЫВОД: результаты исследования целесообразно использовать при разработке требований к квалификации медицинских работников военно-медицинских организаций и подразделений.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПОДГОТОВКЕ САНИТАРНЫХ ИНСТРУКТОРОВ: НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт скорой помощи» им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия

Должность «санитарный инструктор» регламентирована Перечнем должностей младших медицинских специалистов Вооруженных Сил Российской Федерации, но не включена в Номенклатуру должностей медицинских работников (приложение к приказу Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н). Подготовка санитарных инструкторов для Вооруженных Сил осуществляется в учебных воинских частях по программе специальной подготовки. В системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск на санитарных инструкторов возлагаются задачи по оказанию первой помощи в объеме, превышающем базовый перечень мероприятий первой помощи (утв. приказом Минздравсоцразвития от 04.05.2012 № 477н).

Изучены федеральные нормативно-правовые акты Российской Федерации, регламентирующие оказание первой помощи, в том числе – проект поправок к Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ в части введения понятия «расширенная первая помощь».

Так, понятие «расширенная первая помощь» по аналогии с протоколом «ALS - advanced life support» предусматривает выполнение инвазивных вмешательств с применением дополнительного медицинского оборудования и лекарственных препаратов.

Таким образом, обоснованы перспективные требования к подготовке санитарных инструкторов:

- 1) санитарные инструкторы не являются медицинскими работниками и не участвуют в оказании медицинской помощи;
- 2) санитарные инструкторы должны быть обучены правилам оказания расширенной первой помощи.

Морейно Е.М., Осанова М.В., Титов А.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ТРУДА

ООО «АРИБРИС», г. Москва, Россия

Компания «АРИБРИС» – лицензированная организация дополнительного образования детей и взрослых. Начиная с 2007 года, одним из приоритетных направлений компании является обучение населения первой помощи. Наши инструкторы являются сертифицированными инструкторами МФКК и Европейского/Национального советов по реанимации (ЕСР/НСР). Мы проводим курсы для всех желающих, в том числе, детей, начиная с 6 лет, массово обучаем корпоративных клиентов, ступенью выше - готовим инструкторов по первой помощи.

В настоящем сообщении мы коротко представим наш опыт обучения первой помощи в системе охраны труда. Мы также коснемся особенностей этого обучения, порой затрудняющих задачу качественной и глубокой проработки теоретических и практических навыков, приобретаемых слушателями.

Так, например, есть нерешенные вопросы по нормативной базе обучения первой помощи на предприятиях. С одной стороны, постановлением Минтруда РФ и Минобразования РФ от 13 января 2003 г. № 1/29 «Об утверждении Порядка обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций», обозначена периодичность проведения обучения по первой помощи, а на основании письма Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 9 декабря 2015 г. № 15-2/ООГ-6230 дается разъяснение о порядке, форме и оформлении результатов обучения, которые определяются работодателем, также указывается, что обучение должны проводить лица, прошедшие специальную подготовку.

С другой стороны, отсутствует примерная программа обучения первой помощи, т.к. предлагаемая программа Минсоцразвития и Минтруда от 2004 года утратила актуальность и не является нормативно-правовым актом.

Одним из главных вопросов является сохранение качественного обучения первой помощи с формированием стойких практических навыков в условиях острейшего дефицита времени, которое отводится работодателем на этот вид обучения.

Как организовать обучение первой помощи на предприятии на регулярной основе и при этом сохранить мотивацию сотрудников и их интерес к обсуждаемой теме?

Есть ли необходимость и целесообразность в обучении внутренних инструкторов первой помощи на предприятии или все-таки обучение должно проводиться инструкторами соответствующих образовательных организаций?

Команды по ЧС, First Aid Leaders, спасатели, первопомощники, - кто они и какова их роль в системе охраны труда?

Эти и многие другие вопросы мы решаем при планировании и реализации обучения в системе охраны труда того или иного предприятия.

В основе нашего обучения мы придерживаемся учебно-методического комплекса и примерной программы Минздрава в объеме приказа 477н, рекомендуемой для обучения широких слоев населения и лиц, преподающих первую помощь.

Наша базовая программа включает вопросы организационно-правовых аспектов оказания первой помощи, оказания первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения, оказания первой помощи при наружных кровотечениях и травмах, оказание первой помощи при прочих состояниях (по выбору работодателя, зависит от специфики предприятия). Программа обучения рассчитана на 8-16 часов.

Кроме базового курса по программе «Первая помощь» мы также предлагаем: базовый курс «Сердечно-легочная реанимация с автоматическим

внешним дефибриллятором» по рекомендациям ERC совместно с НСР (6 часов) и курс подготовки инструкторов по программе «Первая помощь» в соответствии с Европейскими рекомендациями оказания первой помощи (48 часов).

Вопросы дефицита времени и невозможности проведения стандартных курсов в течение дня, а также поддержания теоретических и практических знаний, решаются предложениями по проведению обучения в формате модулей от 2-х до 4-х часов (общая продолжительность программы не менее 8 часов), рефреш-курсов – 1 раз в 6 месяцев или 1 раз в год (продолжительностью 3-4 часа), мастер-классов по отдельным темам (продолжительность согласовывается с работодателем).

Для поддержания мотивации к обучению первой помощи, а также закреплению полученных знаний мы проводим различные мероприятия в рамках дня Охраны труда (для 20-300 участников). Это квесты, одновременные мастер-классы на нескольких площадках, соревнования с элементами практических навыков, викторины, кахуты, психологические тренинги по ПП, моделирование актуальных для данного предприятия ситуаций с использованием симуляционных технологий, массовое экспресс-обучение на тренажерах.

Важным вопросом является оснащение наших курсов и мероприятий по первой помощи необходимым оборудованием, состояние и технологичный уровень которого должен отвечать современным требованиям, быть качественным, функциональным и износостойким одновременно. Наша компания располагает достаточным количеством оборудования, способным реализовать любой из перечисленных форматов обучения первой помощи для заявленного количества слушателей. В своей работе мы используем манекены и тренажеры норвежской фирмы Laerdal, которые в полной мере отвечают вышеуказанным требованиям.

Мы также предлагаем курсы для обучения команд по ЧС, First Aid Leaders, спасателей, первопомощников. В разных компаниях и на

производствах их называют по-разному, но цель у них одна. Это работники, не имеющие медицинского образования, обученные оказывать первую помощь до приезда врачей. Для поддержания постоянного навыка, помимо базового обучения, они проходят командные ре-тренинги. В каждое обучение обязательно входит обучение по применению АНД. Чаще всего это мотивированные добровольцы из числа сотрудников компании.

Наш опыт, изложенный в данных тезисах, позволяет надеяться, что, опираясь на действующую нормативную базу, применяя новые нормативные документы, используя самые разнообразные методы и форматы обучения первой помощи и индивидуальный подход к каждому предприятию, можно наиболее эффективно, качественно и интересно, а значит, профессионально организовывать обучение первой помощи в системе охраны труда.

Муравьёва А.А., Владимирова О.В., Зинченко О.В.

ОПЫТ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ МАССОВОГО ПОСТУПЛЕНИЯ

Ставропольский государственный медицинский университет,
г. Ставрополь, Россия

Сегодня, вопрос качественной и эффективной подготовки медицинских кадров является очень актуальным. Требования Государственных образовательных стандартов по вузовской, послевузовской и последипломной подготовке направлены на введение в учебный процесс обучающихся симуляционных курсов, обеспечивающих отработку практических навыков и умений студентами, интернами, клиническими ординаторами, врачами и специалистами здравоохранения. [1] Внедрение в учебный процесс подготовки медицинских кадров на всех этапах

непрерывного медицинского образования обучающихся симуляционных курсов будет способствовать снижению врачебных ошибок, уменьшению осложнений и повышению качества оказания медицинской помощи населению.

Главным, и самым важным преимуществом симуляции является возможность объективной регистрации параметров выполняемой профессиональной деятельности, непосредственный контроль преподавателя, проведение дебрифингов и ролевых игр[2].

В связи с актуальностью совершенствования послевузовской профессиональной подготовки врачей в рамках непрерывного медицинского образования, по любой из специальностей и в сфере предстоящей аккредитации специалистов, СтГМУ принял активное участие в разработке новой образовательно-кадровой модели подготовки врача.

На сегодняшний день, в рамках подготовки специалиста, в институте дополнительного профессионального образования СтГМУ представлены различные программы, в которых на симуляционный курс отводится от 6 до 12 часов. Курсанты, так же как и студенты, под контролем сотрудников кафедры отрабатывают практические навыки на симуляторах: по выполнению СЛР, интубации трахеи, постановке центральных вен, ведению физиологических родов, реанимации новорожденных, пальпации, перкуссии и аускультации, выполнению коникотомии и многие другие.

Наша кафедра накопила определённый опыт работы в симуляционных центрах, однако для подготовки врачей, особенно занимающихся оказанием неотложной помощи (реаниматологи, врачи СМП), только практических занятий на базе ЦПН мало. Недостаточной является готовность специалистов к работе в условиях чрезвычайных ситуаций, при несчастных случаях, а так же в ситуациях, выходящих за рамки «автомобиля скорой помощи», палаты реанимации.

В настоящее время во многих медицинских школах мира популярна методика обучения студентов и врачей на примере разыгрываемых

ситуационных задач с привлечением пациентов-актёров, так называемых «стандартизированных пациентов» (СП).

Данная методика обладает рядом преимуществ:

- реалистичность- действия СП наиболее приближены к клинической ситуации, не один манекен не в состоянии отразить эмоции, присущие живому человеку;
- контролируемость- возможность полного контроля преподавателем и возможность изменить ход и исход любой клинической ситуации;

Наш ВУЗ, накопив определённый опыт работы со статистами добавил:

- экономичность- привлечение в качестве СП студентов нашего вуза не требует затрат;
- обучаемость - возможность получения знаний (клиническая картина, жалобы, анамнез) по любой патологии в процессе подготовки к занятию самими студентами, привлечёнными в качестве СП;

В качестве статистов как правило привлекаются студенты младших курсов, с ними проводятся обучающие занятия по первой помощи, мастер-классы по театральному гриму[3].

В качестве старших товарищей, а в последующем инструкторов, мы привлекаем студентов старших курсов, которые так же участвуют в обучающих занятиях на кафедрах общей хирургии, анестезиологии, реанимации и СМП, совершенствуют свои знания на тренингах в ТЦМК и МЧС. Студенты на протяжении 5 лет являются членами спасательного общества First Aid, стержнем в волонтерском движении и в оказании первой помощи вообще [4].

Данная методика отрабатывается нами уже в течение 7 лет на Всероссийской олимпиаде по оказанию экстренной и неотложной помощи «Асклепий», а с 2018 года и с международным участием «Асклепий» для студентов медицинских вузов.

Олимпиада по оказанию первой и неотложной помощи "Асклепий" – это проект, который направлен на практическое применение навыков

оказания первой и неотложной помощи студентами медицинских ВУЗов России в условиях максимально приближенным к реальным. Результатом реализации проекта является приобретение участниками проекта опыта оказания первой и неотложной помощи в "полевых условиях", что в при нестабильной геополитической ситуации является важным фактором в безопасности страны.

Программа Олимпиады совершенствуется от года в год и предполагает несколько этапов ее проведения (внутривузовский, заочный или дистанционный и основной конкурс).

Основной конкурс предполагает выборочную проверку знаний и умений каждого участника в рамках эстафеты или «медицинского биатлона» (базовая сердечно-легочная реанимация, извлечение инородного тела из верхних дыхательных путей, постановка желудочного зонда, интубация трахеи, обеспечение венозного доступа) и командную работу в условиях имитируемой экстремальной ситуации с одним или несколькими пострадавшими с травмами, отравлениями, острыми стрессовыми реакциями и иными состояниями различной сложности.

Согласно разработанного сценария все условия приближаются к реальной действительности, чему способствует место проведения Олимпиады: полевые условия. За несколько лет проведения Олимпиады была реализована модель минно-взрывной травмы, террористического акта с большим количеством пострадавших с различными видами травм, множество моделей пострадавших от различных несчастных случаев в виде квестовой игры.

По статистике ВОЗ в России на третьем месте в структуре причин смертности занимают именно несчастные случаи: ДТП, отравления различными ядами, СПС, странгуляционная асфиксия, укусы ядовитых змей и насекомых и т.е. ситуации, когда на месте происшествия случайно оказываются студент медицинского ВУЗа или уже дипломированный медицинский работник без специализированных средств и лекарственных

препаратов. К тому же, когда каждую ситуацию проигрывают статисты, обеспечивая участникам соревнований поражающую реалистичность и высокий уровень грима и театрального мастерства в моделировании различных клинических ситуаций. Кроме того, отдельно отрабатывается умение построить алгоритм оказания помощи при конкретной патологии с применением лекарственных средств и при их абсолютном отсутствии (с помощью подручных средств).

Впервые, в 2016 году, для участия в олимпиаде была приглашена команда профессионалов Ставропольской станции скорой помощи. Данное решение было принято, чтобы посмотреть готовность к ЧС именно врачей, особенно, занимающихся оказанием экстренной и неотложной помощи. Команда состояла из 1 врача и 5 фельдшеров, из 2 врачей и 4 фельдшеров в последующие года.

Для оценки динамики выступления команды СМП нами были отобраны следующие конкурсы: Оказание помощи при несчастных случаях, при минно-взрывной травме, медицинский биатлон, собери аптечку (конкурс решения ситуационных задач), т.е. конкурсы, раскрывающие уровень владения навыками медицинского работника и навыки по оказанию первой помощи.

В медицинском биатлоне основное внимание следует уделить выполнению реанимационных мероприятий на симуляторе: в 2016 году менее 50% результативных компрессий, неправильная позиция при выполнении компрессий грудной клетки, тогда как в 2017 году 97% компрессий и 81% вентиляции, и далее с абсолютно точным соблюдением алгоритма.

Интубация трахеи выполнена с 10 секундами штрафа, т.е. с травматизацией зубов и нарушением временного фактора более 15 секунд в 2016 и 2017 году, а в 2018 и 2019 году интубация трахеи проведена без штрафа.

Манипуляции по постановке назогастрального зонда, уретрального катетера, обеспечение периферического венозного доступа и обеспечение проходимости дыхательных путей прошло на высочайшем уровне.

Что же касается участия команды в конкурсе оказания помощи при несчастных случаях: авто и мототравма, отравление наркотическими препаратами, травматическая ампутация конечности, кататравма, странгуляционная асфиксия и др., нельзя не отметить профессионализм команды СМП, которые имеют немалый жизненный опыт работы в подобных ситуациях, команда была отмечена судьями за оказание помощи при ДТП. Однако, отсутствие симуляционных тренингов, знания «студенческих» стандартов и регулярных тренировок при подготовке к олимпиаде, нивелировало затраченные на этот конкурс усилия, показав полное отсутствие работы в команде, оценивания окружающей обстановки и угрожающих жизни факторов.

При оказании помощи при минно-взрывной травме главным недостатком работы команды СМП можно считать опять-таки отсутствие симуляционной подготовки и знание алгоритмов действия при ЧС, незнание принципов сортировки и отсутствие работы в команде.

Участие в олимпиаде Асклепий показало, что уровень подготовки врачей требует постоянной коррекции, регулярного дополнительного обучения в рамках образовательно-методической системы с использованием симуляционных технологий и регулярных обучений совместно с центрами медицины катастроф. Необходимо приближение обучения к специалисту, организация симуляционных классов на станциях СМП (внедрение сетевого обучения), проведение тренингов по неотложной помощи в поликлиниках, проведение обучающих мастер-классов и имитирование массового поступления больных в стационарах. Залогом успеха данного направления деятельности является совместная работа с университетом по созданию печатных и электронных образовательных ресурсов и обеспечение абсолютной доступности любому специалисту, проведение подобных

соревнований и олимпиад в качестве средства контроля и готовности к ЧС в рамках профессиональной лиги.

Использование на занятиях технологии виртуальной реальности и применение этих знаний в соревнованиях подобного рода, помогает даже опытным врачам оценивать и выявлять недостатки в своих знаниях.

Литература:

1. Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ
2. Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Т В. Семеновой. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 272 с.
3. Муравьева А.А. «Стандартизированный пациент» или «статист» при симуляционном обучении студента в СтГМУ / Муравьева А.А., Владимирова О.В., Зинченко О.В //Виртуальные технологии в медицине, Москва 2014, научно-практический журнал, №2 (12) С.24-25.
4. Муравьева А.А. «Статист» в симуляционном обучении студентов медицинских вузов/ Муравьева А.А., Зинченко О.В., Владимирова О.В.,// Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - №12(71). Ч.3. – 2014.

Понявин А.В.

ТЕХНОЛОГИЯ РАСПРЕДЕЛЕННОГО РЕЕСТРА В ПОСТРОЕНИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Национальный Дельфийский совет России, г. Москва, Россия

Аннотация

Статья посвящена анализу инновационной технологии распределенного реестра, рекомендуемой к применению в создании систем координации обученных приемам и навыкам оказания первой помощи, в том числе как фактора сокращения времени начала оказания медицинской и первой помощи.

Ключевые слова

Блокчейн, распределенный реестр, первая помощь, СМП, обучение первой медицинской помощи, цифровизация.

В настоящее время отмечается повышенный интерес к технологии распределенного реестра, которая появилась в начале 2000 гг. В практическом плане термин «распределенный реестр» может быть применен как к базе данных, так и к ряду других технологий, включая блокчейн. Распределенный реестр – это новейшая технология прорывного подхода к обмену и хранению информации. Данная технология предполагает следующее:

- каждый участник может в любое время получить доступ к полноценной копии реестра;
- синхронизация копий реестра осуществляется на базе протокола достижения распределенного консенсуса, что предполагает соглашение среди участников на добавление новой информации;
- каждый участник взаимодействия получает доступ к истории транзакций.

Одним из вариантов реализации сети распределенных реестров является технология блокчейн, в котором данные о совершенных транзакциях структурируются в виде цепочки связанных блоков транзакций. Технологию блокчейн зачастую называют «децентрализованной», что предполагает хранение данных одновременно у нескольких сторон. Каждая заинтересованная сторона ведет учет всего массива информации. Эта характеристика также подразумевает, что блокчейн в некоторой степени

защищен от внутренних и внешних атак, таких как кибератаки. В частности, эпидемия трояна-шифровальщика WannaCry, которая в 2017 году затронула более 300 000 компьютеров в 150 странах (включая национальную систему здравоохранения Великобритании), не могла бы произойти, если бы существовала система блокчейн. Теоретически блокчейны могут быть затронуты только при атаке на нескольких сайтах.

По мнению ряда экспертов, технология распределенного реестра является инновационным звеном в широкой сфере операций. Также применение технологии распределенного реестра способствует кардинальному повышению эффективности разных систем, в том числе системы скорой медицинской и первой помощи.

Первоначально технологии блокчейн были внедрены для облегчения денежных транзакций. Преимущество данной технологии заключается в том, что записи транзакций надежно регистрируются, избегая необходимости в доверенном третьем лице. Новые структуры блокчейнов были разработаны для поддержки различных отраслей, включая энергетику, туризм, транспорт и сектор здравоохранения.

Основным критерием пристального внимания к рассматриваемой технологии применительно к сфере первой помощи являются ожидания, что она позволит устранить ряд проблем и ограничений, присущих применяемым в настоящий момент методам хранения, учета, передачи медицинской и организационной информации. Однако, несмотря на большой потенциал технологии, в настоящий момент она находится на ранней стадии развития – отсутствуют устоявшиеся стандарты и типовые решения, а большинство проектов находится в статусе пилотных.

Представляется возможным рассмотреть следующие преимущества технологии распределенного реестра, стимулирующие участников рынка скорой медицинской и первой помощи заниматься изучением, разработкой и внедрением данной технологии:

- непрерывное функционирование сети, бесперебойность;

- отсутствие необходимости документального оформления медицинских документов;
- невозможность изменения внесенных записей по окончанию редактирования;
- повышенная надежность, устойчивость системы благодаря распределённости и наличию большого количества копий данных.

Также применение сетей распределенных реестров не снижает вероятность возникновения рисков. Некоторые вызовы, которые предстоит принять во внимание для обеспечения применения и распространения технологии, возникают в следующих аспектах:

- единый уровень распространенности цифровых технологий;
- масштабируемость и скорость работы;
- управление информацией;
- регулирование.

Распространение блокчейн-технологий в современном обществе приобретает все более активные масштабы. Это связано с несомненным удобством и обширными техническими преимуществами, которые предоставляет использование блокчейна в самых разных отраслях общественной жизни и экономики. Развитие блокчейна станет одним из приоритетных направлений государственной политики РФ в сфере технологического развития на ближайшие годы, по словам первого вице-премьера РФ А.Р.Белосува (23 сентября 2020 года).

Применение технологии блокчейн поможет максимально оперативно получать историю болезни пациентов службами СМП, что сэкономит драгоценные минуты и спасёт тысячи жизней. Врач бригады СМП сразу получает информацию о хронических заболеваниях, регулярно принимаемых препаратах, наличии аллергии на отдельные медикаменты, жалобах при обращении в медицинский учреждения, прохождении медосмотра и т.д.

Учитывая вышеизложенное, особую актуальность представляет инновационный проект по созданию информационных систем координации

обученных приемам и навыкам оказания первой помощи по технологии распределенного реестра. Первоочередным этапом данного проекта представляется создание реестра обученных приемам и навыкам оказания первой помощи (реестр обученных).

Сегодня в Российской Федерации пройти обучение по основам оказания первой помощи можно в большом количестве учреждений. Так, по информации агрегаторов учебных курсов на 3 квартал 2020 года, в г. Москве действовало более 50 образовательных программ данной направленности, преподаваемых как в специализированных медицинских учебных заведениях (Санкт-Петербургский медицинский колледж имени В. М. Бехтерева), так и высших учебных заведениях немедицинского направления (МГУ имени М.В.Ломоносова).

На сегодняшний день не существует технических сложностей при формировании реестра всех обученных лиц по данным программам. Рассматриваемый документ должен быть составлен с учетом соблюдения прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных согласно требований Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ и Регламента (ЕС) 2016/679 (GDPR). Контактная информация обученного лица заносится в реестр при получении согласия на опубликование своих данных.

На следующем этапе рассматриваемый реестр обученных может быть размещен в регулируемом доступе для дальнейшего использования в построении базы данных для создания системы координации обученных приемам и навыкам оказания первой помощи. Данный реестр будет регулярно и оперативно обновляться, для постоянного расширения базы обученных. Её экстенсивный рост будет положительно сказываться на основной задаче – сокращении сроков начала оказания первой помощи. В целом, применение системы координации обученных будет способствовать существенному сокращению времени оказания первой помощи, что крайне

актуально не только в особо отдаленных районах, но и в ситуациях поселка, города, мегаполиса.

В сфере здравоохранения блокчейн получил высокую оценку за обеспечение безопасности конфиденциальных данных и авторизованный доступ к электронным медицинским картам. Более того, при наличии этой технологии практически невозможно подделать данные или фальсифицировать записи. Можно назвать следующие конкретные преимущества технологии блокчейн для сферы скорой медицинской и первой помощи:

- Сокращение времени начала оказания скорой медицинской и первой помощи;
- Оперативное получение полной информации о состоянии здоровья пациента, при его согласии, может оперативно получить как лечащий врач, так и сотрудник страховой компании;
- Повышение производительности труда персонала СМП;
- Обмен медицинской информацией позволит врачам легко перенимать знания друг у друга и обращаться к опыту передовых, квалифицированных коллег в сложных случаях.

Технология распределенного реестра имеет революционное значение для всей индустрии здравоохранения. Блокчейн открывает перед здравоохранением новые возможности. Однако некоторые предложения могут быть более реалистичными, чем другие. Далее рассмотрены примеры, наглядно демонстрирующие потенциальную возможность технологии блокчейн.

Большинство прогрессивных экспертов в области медицинских технологий считают, что записи о здоровье и медицинские данные лучше всего хранить в облаке. Это обеспечивает пользователям более легкий доступ к своим данным, чем когда эти данные хранятся в разрозненных хранилищах. Однако при нынешних стандартах облачного хранилища остро стоит вопрос о совместимости. Например, разные поставщики медицинских услуг и сети

не всегда могут беспрепятственно общаться друг с другом. Более того, целостность и подлинность записей, хранящихся в облаке, остаются под вопросом.

Блокчейн – это технология, которая может решить эти проблемы и потенциально повысить целостность и последовательность обмена медицинской информацией. Благодаря технологии блокчейн информация о пациенте может легко передаваться между различными поставщиками и организациями. Отпадает необходимость в дополнительной проверке или посреднике.

Одной из возможностей технологии является создание медицинских карт, ориентированных на пациента. Как правило, блокчейн-компании стремятся к более ориентированной на пациента системе, в которой пациенты могут регулярно получать доступ и контролировать свои собственные медицинские данные. По сути, именно пациент владеет собственными персональными медицинскими данными и только он авторизует доступ к собственным записям.

Ряд компаний, использующих технологию блокчейн, пытаются оптимизировать данную задачу. Так, в частности, английская компания Medicalchain, лидер в сфере безопасности персональных данных в области медицины, ведет разработки в области создания блокчейн электронных медицинских карт, сосредоточилась на процедуре выписки из больниц. Основная цель данной работы заключается в обеспечении безопасного, безошибочного содержания медицинских записей, оперативной обработке и простом способе передачи между потребителями. Данная новаторская система содержит в себе стандартный протокол выписки больного, заполнению которого врачи уже давно обучены. Все данные децентрализованы, следовательно, их обмен между заинтересованными участниками – клиническими учреждениями, страховыми компаниями, а также иными лицами является более простой процедурой по сравнению с традиционными механизмами.

Технология блокчейн позволяет создать единую международную систему медицинских записей. Так, в случае, когда пациент проходит лечение за пределами своей страны, данная система позволит легко делиться медицинскими записями и другой важной личной информацией с глобальным поставщиком услуг по выбору пациента либо его доверенного лица.

Следующим преимуществом рассматриваемой технологии является сведение к минимуму мошенничества, связанного с рецептурными лекарствами. Нарушители используют различные методы подлога в системе здравоохранения от копирования рецептов до подкупа врача, с целью получения как можно большего количества официальных рецептов от разных врачей.

Технология блокчейн, в свою очередь, позволяет интегрировать в рецепт, машиночитаемый криптографический код, который связан с блоком информации, например с названием лекарства, его количеством и меткой времени. Фармацевту необходимо отсканировать код, после чего рецепт автоматически сравнивается с блокчейн-записью. Таким образом, подлинность рецепта может быть проверена немедленно.

Несмотря на все преимущества, технология блокчейн имеет ряд рисков использования в системе здравоохранения и оказания первой помощи. Во первых, для полноценного пользования данной технологией требуется тщательное планирование как на техническом, так и на административном уровне. Кроме того, предоставляя пользователям полномочия и контроль над медицинскими и организационными записями, важно удостовериться в технической компетентности пользователей.

В настоящее время многие обсуждаемые инновации технологии блокчейн всё еще находятся на стадии тестирования. Однако блокчейн открывает большие перспективы для развития безопасной, надежной системы здравоохранения и, как ожидается, внесет неоспоримый вклад в создание пациентоориентированной системы здравоохранения.

Исходя из вышеизложенного, современные информационные технологии, уровень развития средств связи позволяют реализовать на практике новые алгоритмы работы службы СМП и оказания первой помощи, существенно повысить основные показатели деятельности, такие как оперативность, качество и уровень оказания скорой медицинской и первой помощи. Технология распределенного реестра в сфере скорой медицинской помощи обеспечит станции и отделения СМП инновационной управляемостью деятельности службы, и, соответственно, более рациональным и целенаправленным использованием материальных и трудовых ресурсов, что в свою очередь, положительно скажется на повышении скорости и качества оказываемых медицинских услуг. Особую актуальность данному подходу придаёт усилившийся в связи с пандемией COVID-19 переход к цифровизации всех отраслей, включая медицину. Применение данной передовой технологии должно стать приоритетной задачей главного врача станций СМП ради безопасного управления медицинскими записями для коллективного, интеллектуального и максимально эффективного подхода к здравоохранению, а также для организаторов развития систем первой помощи при выводе их на новый уровень.

Литература:

1. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ О персональных данных. Российская газета - Федеральный выпуск № 0(4131). Электронный ресурс. URL: <https://rg.ru/2006/07/29/personaljnnye-dannye-dok.html> (дата обращения 24/09/2020)
2. Регламент (ЕС) 2016/679 Европейского Парламента и Совета О защите физических лиц в отношении обработки персональных данных и о свободном перемещении таких данных и отмене Директивы 95/46 / ЕС Электронный ресурс. URL: <https://ogdpr.eu/ru/gdpr-2016-679> (дата обращения 24/09/2020)

3. Белоусов назвал приоритетные технологии, которые в России будут развивать в ближайшие годы Электронный ресурс. URL: <https://tass.ru/ekonomika/9527925> (дата обращения 26/09/2020)

4. Справочно-информационное сетевое издание Ucheba.RU/Учеба.РФ Электронный ресурс. URL: https://www.ucheba.ru/for-specialists/courses/rossiya/first_aid (дата обращения 22/09/2020)

Рогожина Л.П. Попов В.П. Медведева Е.В.

**КОМПЛЕКТ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ, КАК СОВРЕМЕННАЯ
АЛЬТЕРНАТИВА АВТОМОБИЛЬНОЙ АПТЕЧКЕ И ИНСТРУМЕНТ
ДЛЯ СПАСАТЕЛЯ И ВОЛОНТЕРА**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Свердловской области «Территориальный центр медицины катастроф»,
г. Екатеринбург, Россия

Существуют значительные различия в оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС, в том числе ДТП в крупных (средних) городах и в сельской территории.

Технологическая цепочка спасения в крупных городах коротка и надежна и состоит из 2 мощных звеньев:

1 звено цепи (догоспитальный этап). Специализированная бригада скорой, работающая во взаимодействии с ГИБДД и спасателями. Своевременность прибытия.

2 звено – медицинские организации, оказывающие экстренную специализированную помощь в исчерпывающем объеме. И в том и в другом случае соблюдается федеральный норматив по срокам ее оказания.

На федеральных и многих областных дорогах, проходящих через малонаселенные территории, в сельских территориях очевидна уязвимость, как первого звена – догоспитального (увеличение времени доезда, отсутствие

врачебной специализированной бригады и малое количество фельдшерских), так и слабость 2-го – госпитального (небольшие ЦРБ, не имеющие специализированных медицинских технологий). Таким образом, цепочка спасения удлиняется за счет появления как минимум еще трех звеньев.

Но любая цепочка спасения начинается с первой помощи.

Оказание первой помощи регламентируется Приказом от 4 мая 2012 г. N 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

Аптечка первой помощи (автомобильная) утверждена Приказом Минздравмедпрома РФ от 20.09.1996 г. N 325 "Об утверждении состава и рекомендаций по применению аптечки первой помощи (автомобильной)" (Приказом Минздравсоцразвития России от 8.09.2009 г. N 697н в наименование настоящего приказа внесены изменения).

Аптечка первой помощи (автомобильная) не соответствует Приказу № 477н. В аптечке отсутствуют средства индивидуальной защиты: маска, защитные очки. Имеется только 1 пара перчаток. Нет средств для оказания помощи при различных переломах (шейные воротники, транспортные шины), а в приказе эти мероприятия прописаны.

В 2008 году специалистами Территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) Свердловской области был разработан комплект медика-спасателя (КМС) на базе сигнального разгрузочного жилета (Приказ от 20.06.2013 г №388-н “Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи”, Приложение №5). Эта разработка предназначена для сотрудников службы медицины катастроф, скорой медицинской помощи для работы в ЧС, ДТП, терактах, при массовых санитарных потерях.

КМС отличается от других жилетов тем, что в нем заложен алгоритм действий:

- Личная безопасность с оценкой ситуации,

- определение приоритетности в оказании помощи (медицинская сортировка лентами)
- оказание медицинской помощи по жизненным показаниям
- подготовка к эвакуации, включая приоритетность в эвакуации и сама эвакуация

На основе КМС был разработан комплект первой помощи (КПП) - **младший брат комплекта медика-спасателя**. КПП представляет из себя легкосъемный жилет из водоотталкивающей ткани, со светоотражающими двумя полосами спереди и сзади согласно требованиям ГИБДД.

Комплект первой помощи совмещает в себе регламентирующие приказы о необходимости каждому водителю иметь жилет со светоотражающими знаками и утвержденную автомобильную аптечку первой помощи несколько в расширенном варианте, но в рамках приказа о первой помощи. Мы предлагаем КПП двух расцветок. Желто-зеленый для расширенной первой помощи, после её утверждения приказами на федеральном уровне (спасатели, МЧС). Оранжевый - для базовой первой помощи, оказанной волонтерами и водителями.

В КПП также заложен алгоритм действий и принцип «free hands» - «свободные руки».

По сути, речь идет о тех же последовательных шагах: оценка ситуации и собственная безопасность, приоритетность помощи и сама помощь.

В верхнем ряду, как и в КМС, находятся предметы личной безопасности: налобный фонарик, перчатки, маска, очки. Дополнительно мы добавили вторую пару перчаток.

Во втором ряду, кроме средств в утвержденной автомобильной аптечке первой помощи (бинты, жгут кровоостанавливающий, пакет перевязочный стерильный, салфетки марлевые стерильные, лейкопластырь рулонный и бактерицидный, устройство для проведения искусственного дыхания, ножницы, покрывало спасательное), находятся ленты красного цвета с окном информации. Эти ленты позволяют проводить маркировку пострадавших.

После оказания первой помощи, волонтер или спасатель данной лентой должен отметить того пострадавшего, которому оказал помощь. Считаем, что эти ленты помогут приехавшим бригадам СМП легче найти пострадавших, нуждающихся в экстренной помощи и сократить время ожидания этой помощи для пострадавших.

В карманы на спине жилета добавлены шейные шины-воротники взрослый и детский, транспортные одноразовые складные шины, мягкие носилки.

Средства первой помощи практически те же, что и в КМС: жгут Эсмарха и жгут матерчато-эластичный с дозированной компрессией, бинты, средства асептики и все то, что имеется в утвержденной автомобильной аптечке первой помощи.

Мы разработали проект Карточки волонтера, необходимой для регистрации мероприятий 1-й помощи. Она важна для преемственности в оказании помощи на дальнейших этапах и для статистики.

Карточка проста, понятна, удобна в использовании, адаптирована и вкладывается в информационное окно ленты, и забирается бригадой СМП.

Каждый волонтер должен иметь достаточное количество данных карточек с указанием своей фамилии и волонтерской (спасательной) организации.

Мы апробировали КПП в учебных целях на занятиях по первой помощи с водителями центра, студентами-волонтерами.

КПП позволяет наглядно обучать курсантов оказанию первой помощи, соблюдать алгоритм действий, включая собственную безопасность.

С его помощью сокращается время на обучение и усвоение материала.

При анкетировании курсанты субъективно отметили чувство защищенности и большую готовность к оказанию первой помощи в жилете (КПП). После цикла обучения до внедрения КПП только 70% курсантов были готовы оказывать помощь, после занятий с применением КПП - уже 97%!

КПП содержит в себе современные решения задач оказания первой помощи и является удобным инструментом в образовательном процессе.

Позволяет:

- Обеспечить удобное использование индивидуальных средств защиты.
- Использовать оптимально медицинские средства для оказания первой помощи
- Заполнять простейшую документацию на пострадавших.
- Соблюдать преемственность со службой СМП.
- Придерживаться алгоритма при оказании первой помощи.

На Форуме «Человек и лекарство-2020» на секции «Первая помощь Геннадий Владимирович Неудахин обозначил требования к комплектам первой помощи. Наш комплект соответствует всем этим требованиям.

1.Соответствие нормативно-правовым документам:

-Постановление Правительства Российской Федерации от 14 ноября 2014 года № 1197, в котором были утверждены изменения в Правила дорожного движения России о необходимости каждому водителю иметь одежду со светоотражающими знаками.

-Приказ № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

- Приказ Минздравсоцразвития России от 8 сентября 2009 г. N 697н в котором внесены изменения в Приказ Минздравмедпрома РФ от 20 августа 1996 г. N 325 "Об утверждении состава и рекомендаций по применению аптечки первой помощи (автомобильной)

2.Соответствие комплекта уровню подготовки по программе ПП.

3.Соответствие требованию оптимального использования («доступности в пространстве и во времени») и принципу «free hands» - «свободные руки».

4.Возможность своевременного пополнения при расходе.

5.В составе комплекта имеются медицинские изделия для травм (шейные шины-воротники, ИПП, транспортные одноразовые складные

шины, бинты, средства перевязочные, жгуты) и неотложных состояний, которые указаны в приказе №477н.

6.Возможность оказать ПП нескольким пострадавшим.

7.КПП (жилет) изготовлен из ткани, которая легко стирается и может подвергаться дезинфекции.

8.Медицинские изделия имеют длительный срок хранения.

9. Цена комплекта с изделиями соответствует покупательной способности (от 2 тысяч руб.) Комплект в форме яркого жилета регулируется по размеру тесьмой, выглядит эстетично. Усиливает мотивацию.

10.Состав комплекта может пересматриваться, легко дополняться.

11.Производиться в РФ.

12.Название соответствует предназначению: комплект первой помощи

13.Имеется Инструкция.

Учитывая все преимущества комплекта, мы предлагаем утвердить КПП нормативным документом на федеральном уровне и сделать базовым комплектом в системе оказания первой помощи для волонтеров и спасателей на территории Российской Федерации.

Старков А.С., Гаркави А.В.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ НА ГОРНОЛЫЖНЫХ КОМПЛЕКСАХ РОССИИ

ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» ФМБА России,
г. Москва, Россия

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Активное развитие горнолыжных комплексов (ГК) в горных регионах России и вокруг крупных городов в последнее десятилетие ведется при острой нехватке нормативной базы об использовании горнолыжных трасс и

их безопасности [5]. Существующая в стране система оказания первой и экстренной медицинской помощи зачастую не позволяет вовремя и в полном объеме оказать помощь горнолыжнику или сноубордисту, получившему травму или остро заболевшему на территории ГК.

Жесткие рамки, ограничивающие полномочия лиц, обязанных оказывать первую помощь в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи», в условиях затрудненного, а порой и невозможного доступа медицинских работников к пострадавшему непосредственно после получения травмы или наступления неотложного состояния, вступают в противоречие с соблюдением правила «золотого часа» и могут поставить под угрозу сохранение не только здоровья, но и жизни [7]. Поэтому вопросы объема оказания помощи пострадавшим в догоспитальном периоде до сих пор являются предметом дискуссий [1, 2, 4].

Сегодня сотрудники спасательных служб ГК законодательно лишены возможности выполнения таких действий, отнесенных к прерогативам медицинской помощи, как, например, инфузионная терапия, установка воздуховода для профилактики асфиксии, инъекции анальгетиков. Эти мероприятия должны быть выполнены при угрожающем состоянии пострадавшего как можно раньше и, согласно действующей нормативной базе, только медицинским работником. Однако, сотрудники бригады скорой медицинской помощи (СМП), далеко не всегда могут оперативно добраться до пострадавшего.

Учитывая, что ГК в подавляющем большинстве случаев расположены за границами крупных муниципальных образований, время прибытия бригады СМП к пострадавшему может значительно превышать 20 минут (в среднем составляя 40-60 минут), закрепленные в «Порядке оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», что, в свою очередь, способствует развитию осложнений травмы или неотложного

состояния у пострадавшего из-за позднего начала оказания ему медицинской помощи, или даже ставить под угрозу его жизнь.

В связи с вышеизложенным расширение объема мероприятий первой помощи для участников ее оказания в условиях ГК является весьма востребованной задачей. Безусловно, каждая конкретная ситуация имеет свою специфику, и мероприятия «расширенной» первой помощи не должны выходить за рамки разумной достаточности.

Мы предприняли попытку проанализировать специфические условия оказания первой помощи горнолыжникам и сноубордистам, получившим травму или остро заболевшим (неотложное состояние) и обосновать перечень дополнительных мероприятий первой помощи в условиях ГК.

Основными особенностями оказания помощи пострадавшему на горнолыжном склоне являются:

- ✓ постоянная угроза для пострадавшего и оказывающих ему помощь в виде возможных вторичных столкновений с другими катающимися;
- ✓ воздействие низких температур;
- ✓ высотная гипоксия;
- ✓ затруднение полного осмотра пострадавшего при часто неясных симптомах и обстоятельствах происшествия;
- ✓ необходимость транспортировки пострадавшего к подножию склона;
- ✓ отдаленность от медицинских организаций;
- ✓ преобладание травматических инцидентов.

Некоторые из этих особенностей определяют необходимость внесения определенных уточнений и корректив в перечень и характер мероприятий первой помощи в условиях ГК.

Угроза на склоне.

Непременным правилом при оказании первой помощи является устранение внешних угроз как первоочередная задача. К сожалению, она

полностью не может быть реализована на склоне. В условиях горного рельефа и горнолыжного склона сохраняются такие угрозы как возможное столкновение с другими катающимися, сход лавин, воздействие низких температур и высотной гипоксии. Эти обстоятельства диктуют необходимость минимизации мероприятий первой помощи на склоне, ограничивая их иногда объемом жизнеспасаяющих действий, и быстрого бережного перемещения пострадавшего в обогреваемое помещение (КСП, контрольно-спасательный пункт у подножия склона), имеющее доступные подъездные пути для прибытия бригады СМП. При такой транспортировке необходимо использовать специальное транспортное оборудование – акью (спасательные сани-волокуши), снегоход - с учетом рельефа склона и тяжести состояния пострадавших.

Воздействие низких температур.

В сочетании с полученной травмой или неотложным состоянием и гиподинамией в ожидании прибытия сотрудников спасательной службы, такие факторы как низкая температура воздуха, высокая влажность, сильный ветер способствуют развитию общего переохлаждения пострадавшего или отморожений участков его тела. Поэтому раздевание пострадавшего на склоне или оголение участков его тела, например, для осмотра или обеспечения широкого доступа к ране, усиливает вероятность холодовых поражений и допустимо только в исключительных случаях.

Для защиты пострадавшего от воздействия низких температур необходимо применять весь комплекс средств, доступных на месте происшествия. В самом простом варианте - это подкладывание теплоизолирующего материала (например, лыжных перчаток) под тело пострадавшего на время осмотра и оказания первой помощи, укутывание его терморегулирующим материалом (шерстяное одеяло, термоизолирующая пленка, электроодеяло) и максимально быстрое перемещение в КСП. Возможно применение специальных нагревательных элементов во время транспортировки пострадавшего, в том числе методом аппликации их к

поверхности тела в областях проекции магистральных сосудов. Транспортировка пострадавшего выполняется преимущественно в положении лежа. К приемам профилактики гипотермии относится также хранение транспортных приспособлений (акьи, носилки-волокуши) и иммобилизационных средств в теплом помещении до момента отправки к пострадавшему.

Высотная гипоксия и горная болезнь.

Симптомы горной болезни редко встречаются у человека на высотах менее 2000м над уровнем моря, но проявляются почти всегда при быстром подъёме на высоту более 4 000, и даже более 3000м над уровнем моря. Акклиматизация организма к новым условиям при подъеме на высоту происходит постепенно примерно в течение 10 дней. Однако зачастую, гости ГК не готовы тратить время на полноценную акклиматизацию к новым для себя условиям и приступают к катанию в первый-второй день после прибытия. Риск острых проявлений горной болезни наиболее высок в первые несколько дней пребывания на высоте. Начало проявлений горной болезни обычно возникает после первого периода сна и достигает максимума через 72-96 часов. Наиболее часто симптоматика проявляется головной болью в сочетании с повышенной утомляемостью, чувством разбитости, головокружением, нарушением сна и слабостью, возможны тошнота и рвота, снижение концентрации внимания при движении по склону, а также обострение хронических заболеваний. В тяжелых случаях появляются быстро нарастающие явления отека легких или головного мозга. Особенно опасно сочетание такого состояния с травмой, полученной при падении на склоне. С симптомами высотной гипоксии помогают справиться кислородные ингаляции. Таким образом, возможность применения простейшей кислородной аппаратуры – востребованная компетенция у сотрудников спасательных служб ГК.

Транспортировка.

Условия транспортировки получившего травму пострадавшего со склона силами сотрудников спасательной службы нередко требуют его неоднократного перекладывания (со снега на спинальный щит, на акью, на кушетку в контрольно-спасательном пункте, на каталку бригады СМП и др.), перемещения по склонам меняющейся крутизны, изменения скорости и направления движения транспортного средства. Сама транспортировка, в зависимости от места происшествия, может продолжаться до 30-40 минут и более. В подобных случаях вопрос транспортной иммобилизации является одним из ключевых. В практике спасательных команд на ГК широко применяются вакуумные шины, воротники и матрасы. Менее удобны, но иногда незаменимы гибкие шины Крамера. В ситуациях перелома бедренной кости (шокогенной травмы) применяются дистракционные шины типа KTD (Kendrick traction device) и STS (Slishman-traction-splint), позволяющие обеспечить скелетное вытяжение травмированной конечности.

Для перекладывания, извлечения и переноски пострадавшего на короткие дистанции используются спинальные щиты, короткие спинальные шины (типа KED, Kendrick Extrication Device), ковшовые носилки. Согласно наработанной практике, длительная фиксация пострадавшего на твердой поверхности, например, щита или ковшовых носилок затрудняет его безопасную транспортировку. Поэтому используются эти устройства предпочтительно для извлечения пострадавшего из труднодоступных мест и его перекладывания. Для иммобилизации и транспортировки более оптимальным решением являются вакуумные матрасы.

При необходимости перемещения по склону пострадавшего без сознания в положении лежа значимой становится задача поддержания проходимости верхних дыхательных путей. В ситуациях невозможности использования устойчивого бокового положения пострадавшего весьма востребованной манипуляцией, по нашему мнению, является установка силами спасателей надгортанного воздуховода, что на данный момент не

входит в сферу их компетенции, так как не предусмотрено соответствующими нормативными документами.

Остановка кровотечения.

Остановка наружного кровотечения на месте происшествия в случае доступа к нему через разрез в одежде в большинстве случаев осуществляется давящей повязкой из валика на рану. Разрезание одежды, оголение участка тела на склоне часто нецелесообразно из-за низких температур окружающей среды. Однако, при сильных наружных кровотечениях хорошей альтернативой и дополнением давящей повязке является применение местных гемостатических средств на основе физических и химических методов (например, средств на основе цеолитов и хитозана – порошки, бинты и тампоны Элларга, Celox, Гемостоп) [6]. Это позволяет в ряде случаев избежать наложения кровоостанавливающего жгута – манипуляции более опасной в условиях низких температур и высотной гипоксии.

При травмах, связанных с большой потерей крови, при политравме, в целях предотвращения и купирования гиповолемического шока в условиях горнолыжного склона и во время медицинской эвакуации целесообразно использовать противошоковый костюм типа «Каштан». Принцип действия которого заключается в управляемой внешней пневмокомпрессии нижней половины тела, приводящей к перераспределению кровотока к вышележащим органам и головному мозгу. Конструкция костюма включает в себя также мягкие носилки и дистракционные шины для нижних конечностей. Внешнее сдавливание способствует остановке наружного и внутрибрюшного кровотечения и иммобилизации нижних конечностей и таза. Тем самым костюм позволяет усилить противошоковые мероприятия при политравме с доминирующими абдоминальными, скелетными и позвоночно-спинальными повреждениями, стабилизировать системную гемодинамику и продлить время «золотого часа».

Реанимационные мероприятия.

Обеспечение непрерывности проведения комплекса сердечно-легочной реанимации (СЛР) при организации спуска пострадавшего со склона является сложной задачей [3]. В настоящее время на ГК в нашей стране и за рубежом эта проблема решается двумя путями: размещением спасателя, проводящего непрерывную СЛР, вместе с пострадавшим на транспортном средстве (акья) во время перемещения или чередованием коротких «безреанимационных» спусков с длительными остановками для возобновления комплекса СЛР. Первый вариант технически реализуем на относительно пологих склонах при соответствующих характеристиках транспортного оборудования – акья должна иметь плоское твердое дно, позволять укладку пострадавшего в полный рост и делать возможным размещение спасателя с упором для ног сбоку или над пострадавшим. Второй вариант используют на крутых участках склона при отсутствии возможности безопасного размещения спасателя вместе с пострадавшим.

Возможность использования ручного дыхательного аппарата (типа мешка Амбу), а также применения автоматического наружного дефибриллятора – весьма востребованные для спасателей полномочия при необходимости проведения СЛР, особенно, учитывая длительность перемещения по склону и ожидания прибытия бригады СМП на территорию ГК.

Продолжение оказания первой помощи в контрольно-спасательном пункте.

В контрольно-спасательном пункте, куда доставляют пострадавшего со склона, в ожидании прибытия сотрудников бригады СМП зачастую возникает необходимость продолжения и наращивания мероприятий, начатых на склоне. Крайне желательно как можно раньше начать инфузионную терапию с использованием внутрикостного доступа при наличии шокогенной травмы, а также признаков массивной кровопотери и гиповолемического синдрома. Для определения подобных признаков спасателям необходима возможность измерения у пострадавшего уровня

артериального давления, проведения пульсоксиметрии. Для тех же ситуаций, по нашему мнению, востребованной у сотрудников спасательных служб ГК является возможность применения обезболивающих препаратов в инъекционной форме.

При оказании первой помощи пострадавшему на ГК до момента передачи его бригаде СМП у сотрудников спасательной службы часто возникает необходимость освобождения пострадавшего от экипировки (снятия горнолыжного или сноубордического ботинка, шлема и др.). Производить эту процедуру следует в помещении, а не на склоне. Учитывая специфичность экипировки, неподготовленные сотрудники СМП и приемного покоя стационара зачастую могут нанести дополнительную травму при освобождении пострадавшего от снаряжения. Практика показывает, что во многих горнолыжных районах, даже при сложившемся взаимодействии и сотрудничестве со службой СМП и ближайшим медицинским стационаром, правильное снятие горнолыжной и сноубордической экипировки с пострадавшего способны выполнить именно сотрудники спасательной службы ГК. Полномочия на проведение данной манипуляции сотрудниками ГК также, на наш взгляд, должны быть закреплены в нормативных документах.

Выводы.

1. В специфических условиях ГК объем мероприятий первой помощи, ограниченный Приказом «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи», является недостаточным для адекватной помощи пострадавшим, и должен быть расширен.

2. Полномочия сотрудников спасательной службы при оказании первой помощи на горнолыжном склоне целесообразно дополнить следующими мероприятиями:

1) использование кислородной аппаратуры в условиях высотной гипоксии;

- 2) установка надгортанного воздуховода для профилактики асфиксии при транспортировке пострадавшего со склона;
- 3) применение местных гемостатических средств;
- 4) использование ручного дыхательного аппарата;
- 5) применение автоматического наружного дефибриллятора.

3. В условиях КСП до приезда сотрудников СМП мероприятия первой помощи, по нашему мнению, должны быть дополнены следующим:

- 1) определением артериального давления и проведением пульсоксиметрии;
- 2) применением инфузионной терапии с введением кристаллоидных растворов через внутрикостный доступ;
- 3) применением обезболивающих препаратов в инъекционной форме;
- 4) снятием горнолыжной и сноубордической экипировки с пострадавшего.

4. После внесения соответствующих изменений в законодательство и нормативные акты освоение указанных навыков должно быть введено в программу подготовки спасателей или в качестве базового курса, или в качестве курса дополнительной подготовки для работы в условиях ГК.

Литература:

1. Бояринцев В.В., Шойгу Ю.С., Дежурный Л.И., Закурдаева А.Ю., Елдашова Е.А., Максимов Д.А. Расширение объема первой помощи – актуальная задача нормативно-правового регулирования здравоохранения // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2015; (2): 114-8.
2. Ветлугин И.Г., Закурдаева А.Ю., Дежурный Л.И., Дубров В.Э., Шойгу Ю.С., Колодкин А.А. Особенности нормативно-правового регулирования оказания первой помощи при чрезвычайных ситуациях // Медицина и право. 2018, 62(5).
3. Грязнов Н.А., Сенчик К.Ю., Мотиенко А.И., Ронжин А.Л., Косачев В.Е., Усов В.М. Применение роботизированных комплексов при

- оказании первой (домедицинской) помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях // Медицина катастроф. 2018, №1 с. 19–22
4. Колодкин А.А., Старченко В.И., Линченко С.Н., Арутюнов А.В. Практическое обучение студентов-медиков навыкам оказания расширенной первой помощи в студенческом спасательном отряде // Международный журнал экспериментального образования. 2015; (11-6): 882-4.
 5. Писаревский Е.Л. Правовое обеспечение развития горнолыжного туризма и спорта в Российской Федерации // Электронный ресурс. Доступ: <http://www.aasp.ru/info/articles/9/118.html>.
 6. Эргашев О.Н., Махновский А.И., Давыденко В.В., Забивалова Н.М., Бражникова Е.Н., Анфёрова М.С., Гарибян Н.Э. Опыт применения местного гемостатического средства на основе хитозана для временной остановки наружного кровотечения при оказании скорой медицинской помощи // Медицина катастроф. 2017, №2 с. 38–41.
 7. ATLS. Advanced Trauma Life Support Program for Doctors. American College of Surgeons, 2008.

Старостин Д.О., Кузовлев А.Н.

АЛГОРИТМ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID – 19

Федеральный научный клинический центр
реаниматологии и реабилитологии, г. Москва, Россия

В городе Ухань (провинция Хубэй) в конце 2019 г. была зарегистрирована вспышка новой коронавирусной инфекции. В феврале 2020 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) присвоило официальное название инфекции – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Появление

COVID-19 дало новый импульс для специалистов, направленные на скорейшую диагностику и оказание медицинской помощи пациентам. В настоящее время ВОЗ продолжает изучение новых особенностей заболевания, разработку средств профилактики, диагностики и лечения.

Международным согласительным комитетом по реанимации (ILCOR) в 2020 г. были выпущены рекомендации по безопасному взаимодействию с пострадавшим, потенциально заражённым COVID-19. Акценты расставлены на безопасность человека, оказывающего первую помощь, особенно за пределами медицинской организации. В первую очередь необходимо снизить риск контакта с пострадавшим, для этого рекомендовано использовать средства индивидуальной защиты (СИЗ). Второй момент — это избегать высокой концентрации аэрозоля во время проведения сердечно-легочной реанимации. Важным тут является то, что сами компрессии грудной клетки являются аэрозоль-продуцирующей процедурой. Для снижения риска заражения рекомендовано накрывать лицо пострадавшего тканью или надевать на его лицо маску. Третий вопрос относится к ранней дефибрилляции в условиях, когда СИЗ еще не надеты. Отдельной проблемой является вопрос оказания помощи детям. В детском возрасте критически важно проводить искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ) во время остановки кровообращения. Принятие решение о помощи детям и родственником остаётся за человеком, оказывающим помощь, учитывая все риски потенциального заражения и этические проблемы.

Основные параметры и критерии проведения высококачественных компрессий грудной клетки остались без изменений. Нужно помнить и строго соблюдать частоту компрессий не менее 100 и не более 120 в минуту и глубину компрессий не менее 5 см. и не более 6 см. Важна также адекватная декомпрессия грудной клетки. Алгоритм проведения базовой сердечно – лёгочной реанимации (СЛР) изменился относительно вызова помощи, оценки безопасности и проведения ИВЛ.

При поддержке Федерального научного клинического центра реаниматологии и реабилитологии (ФНКЦ РР) были разработаны специальные плакаты, для широкого круга общественности, помогающие безопасно оказать помощь пострадавшему на улице, в рамках первой помощи (<https://fnkcrr.ru/tag/covid-19/>).

Учитывая международный опыт и современные доказательные рекомендации, Европейский совет по реанимации (ЕСР) опубликовал руководство по проведению СЛР и автоматической наружной дефибрилляции (АНД) в условиях пандемии COVID – 19.

Рекомендации по оказанию первой помощи для непрофессиональных спасателей при подозрении или подтвержденном COVID-19:

- Перед тем, как приблизиться к пострадавшему, необходимо убедиться в собственной безопасности и надеть защитную маску и перчатки.

Отсутствие сознания и самостоятельного дыхания у пострадавшего являются признаками остановки кровообращения.

- Сознание определяется путем аккуратного встряхивания за плечи и окрика.
- Для оценки самостоятельного дыхания необходимо избегать контакта с верхними дыхательными путями, не открывать их и не приближаться к лицу, ко рту и к носу пострадавшего, чтобы свести к минимуму риск заражения.
- Вызов скорой медицинской помощи необходимо производить в случае диагностики остановки кровообращения. В разговоре с диспетчером важно сообщить данные пациента, адрес и ответить на все вопросы, в том числе сообщить о потенциальном риске контакта с COVID – 19.
- Если мобильное устройство поддерживает функцию громкой связи, то следует включить её для вызова скорой медицинской помощи, положить рядом мобильное устройство и начать выполнять компрессии грудной клетки, параллельно с разговором диспетчера.
- Перед началом проведения компрессий грудной клетки и использованием АНД, необходимо закрыть лицо пострадавшего тканью/полотенцем или надеть маску. Это поможет снизить риск распространения инфекции, так как

компрессии грудной клетки являются аэрозоль-продуцирующим мероприятием.

- В рамках законодательства Российской Федерации и оказания первой помощи пострадавшему, допускается выполнять только компрессии грудной клетки и не использовать ИВЛ. Решение о выполнении искусственных вдохов при оказании помощи близким, родственником и детям принимается в индивидуальном порядке.

- После контакта с пострадавшим и проведения СЛР необходимо как можно скорее тщательно вымыть руки с мылом и продезинфицировать их антисептическими дезинфектантами максимальной концентрации. По завершению всех мероприятий рекомендовано связаться с местными органами здравоохранения и сообщить о контакте с пострадавшим с подозрением или подтвержденным COVID-19.

Рекомендации по проведению СЛР и АНД для медицинского персонала при подозрении или подтвержденном COVID-19:

- Команда оказывающая помощь пострадавшему, в случае остановки кровообращения, должна состоять только из медицинских работников, обученных использованию СИЗ.

- Перед тем, как приблизиться к пострадавшему, необходимо убедиться в собственной безопасности и надеть защитную маску и перчатки. Отсутствие сознания и самостоятельного дыхания у пострадавшего являются признаками остановки кровообращения.

- Сознание определяется путем аккуратного встряхивания за плечи и окрика.

- Для оценки самостоятельного дыхания необходимо избегать контакта с верхними дыхательными путями, не открывать их и не приближаться к лицу, ко рту и к носу пострадавшего, чтобы свести к минимуму риск заражения.

- Комплекс СЛР проводится в стандартном соотношении 30:2. ИВЛ осуществляется с помощью мешка по типу Амбу с подсоединённой линией кислорода.

- Проведение ИВЛ должно осуществляться в строгих условиях герметизации контура. Необходимо приостановить компрессии грудной клетки и осуществить 2 искусственных вдоха, чтобы минимизировать риск распространения аэрозоля.
- Перед началом ИВЛ необходимо убедиться, что маска плотно прилегает к лицу пострадавшего и контур герметичен. Для этого может потребоваться еще один спасатель. При таких условиях, один спасатель должен плотно фиксировать маску двумя руками, а второй выполнять два искусственных вдоха. В случае, если контур не герметичен и риск распространения аэрозоля повышается, то спасателю рекомендуется надеть лицевую маску с высокой подачей кислорода на лицо пострадавшего и осуществлять непрерывные высококачественные компрессии в течение всего цикла, не прерываясь на ИВЛ.
- Во время ИВЛ, рекомендовано использовать воздушный фильтр (HEPA) или фильтр тепло-влагообменник (HME), между мешком Амбу и маской, чтобы минимизировать риск распространения вируса.
- Наложение электродов АНД и проведение дефибрилляции в меньшей степени вызовет образование аэрозоля, в связи с этим медицинские работники могут быть защищены водостойкой хирургической маской и перчатками.

В условиях пандемии COVID – 19 важно помнить про высококачественные компрессии грудной клетки, как основное мероприятие в комплексе СЛР. Компрессии грудной клетки и проведение АНД повышают процент оживления, выживаемости и ведут к снижению развития неврологического дефицита в постреанимационном периоде. Всем, кто оказывает помощь пострадавшим, нужно помнить про аспект безопасности.

Литература:

1. Временные методические рекомендации “Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)”. Версия № 9 от 26.10.2020.
2. Востриков В. А., Кузовлев А. Н. Общедоступная дефибрилляция при внезапной остановке сердца (краткий обзор) // Общая реаниматология. — 2018. — Т. 14, № 1. — С. 58–67.
3. Базовые реанимационные мероприятия с применением автоматического наружного дефибриллятора Рекомендации ЕСР 2015 г.
4. Blom MT, Beesems SG, Homma PC, et al. Improved survival after out-of-hospital cardiac arrest and use of automated external defibrillators. *Circulation* 2014; 130:1868–75.14.
5. World Health Organisation. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report. 2020.
6. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected Interim guidance. 2020.
7. Couper K, Taylor-Phillips S, Grove A, Freeman K, Osokogu O, Court R, Mehrabian A, Morley PT, Nolan JP, Soar J, Perkins GD. COVID-19 in cardiac arrest and infection risk to rescuers: a systematic review *Resuscitation*. Doi:10.1016/j.resuscitation.2020.04.022.
8. COVID-19 infection risk to rescuers from patients in cardiac arrest. <https://costr.ilcor.org/document/covid-19-infection-risk-to-rescuers-from-patients-in-cardiac-arrest> (accessed April 19th 2020).
9. Perkins GD et al. International Liaison Committee on Resuscitation: COVID-19 Consensus on Science, Treatment Recommendations and Task Force Insights. *Resuscitation* 2020 in press.
10. Рекомендации ВОЗ для населения в отношении инфекции, вызванной новым коронавирусом (COVID-19), ред. 7 октября 2020 г. <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

11. Рекомендации Министерства Здравоохранения Российской Федерации для населения в отношении инфекции, вызванной новым коронавирусом (COVID-19). <https://covid19.rosminzdrav.ru>

Татаурщикова Н.С., Бережанский П.В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКСИИ

Российский Университет Дружбы Народов, кафедра медико-социальной адаптологии ФНМО, г. Москва, Россия

Термин “анафилаксия” (греч. ana – “обратный”, phylaxis – “защита”) был предложен Шарлем Рише (С. Richet) и Полем Портье (Р. Portier) в 1902 году для обозначения необычной, иногда смертельной реакции у собак на повторное введение им экстракта из щупалец актиний. Но Первое упоминание об анафилактическом шоке относится к 2641 г. до н.э. По сохранившимся документам, египетский фараон Мензес погиб от ужаления осы или шершня.

Анафилаксия — острая тяжелая системная угрожающая жизни реакция гиперчувствительности, сопровождающаяся выраженными нарушениями гемодинамики (снижение систолического артериального давления ниже 90 мм рт. ст. или на 30% от исходного уровня), приводящее к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах. Анафилаксия встречается во всех возрастных группах одинаково часто у лиц мужского и женского пола. Анафилаксия встречается в среднем по популяции у 1,5-7,9 на 100000 человек, а смертность от 100 до 500 случаев в год.

Неуклонный рост анафилаксии среди населения, а так же высокая смертность от нее обуславливают актуальность проблемы. В последнее десятилетие распространенность анафилаксии резко выросла во всех

возрастных группах населения, например в Австралии частота пищевой анафилаксии увеличилась на 350%, а по другим причинам — на 230%.

В Испании количество зарегистрированных случаев анафилаксии составляет 103 эпизода на 100 000 человек в год; из них чаще всего (313 эпизодов) она встречается у детей до 4 лет.

В США данные статистики АСААИ, свидетельствуют о том, что анафилаксия затрагивает до 2% населения (примерно от 50 до 2000 эпизодов на 100 тыс. человек). Lockey R.F. отмечает, что ежегодно в США регистрируется возникновение 10,8 случаев анафилаксии, индуцированной пищей на 100 тыс. человек.

Исследования, проведенные в Дании, свидетельствуют о том, что распространенность пищевой анафилаксии составляет 3,2 случая на 100 тыс. жителей в год с летальностью около 5%.

Тяжелое течение анафилаксии наиболее часто наблюдается вследствие ужаления перепончатокрылыми насекомыми. Так, у пчеловодов, АШ развивается в 14-42% случаев, у лесников — в 21%, тогда как в общей популяции - в 0,8-3,3% случаев.

Основной причиной летального исхода при анафилаксии является сосудистая недостаточность, инсульты, асфиксии и кровоизлияния в надпочечники.

В Великобритании основной причиной анафилаксии являются орехи и смертность составляет 0,3 человека на 100.000 населения, при этом основными факторами риска являются возраст от 10 до 35 лет, обострение бронхиальной астмы и позднее введение адреналина; в Австралии и США частой причиной анафилаксии являются укусы насекомых, фактором риска при этом является возраст от 35 до 55 лет и мужской пол; в Китае и Корее основной причиной анафилаксии являются лекарства. До 25% летальных исходов спровоцированы лекарственными препаратами, при этом факторами риска развития летального исхода являются: возраст 55 лет и старше,

наличие сопутствующих сердечнососудистых и респираторных заболеваний, неконтролируемое применение антибиотиков.

Анафилаксия может встречаться в быту и рутинной деятельности в профессиях, связанных работой с людьми. От умения применять навыки первой помощи зависит исход анафилаксии.

Основными этиологическими факторами развития анафилаксии являются пищевые продукты (33%), яды насекомых (19%), прием лекарственных препаратов (14%), в 30% случаев причина анафилаксии не установлена. При этом у детей чаще причиной анафилаксии являются пищевые продукты, а у взрослых – яды насекомых и лекарства.

Большинство продуктов могут потенциально вызвать анафилаксию, особенно продуктов, имеющие в своем составе заменители и пищевые добавки. Часто реакцию могут вызывать продукты загрязненные пылевыми клещами и паразитами, например акариаз, вызванный клещами рода *Tyroglyphosis* может провоцировать начало пищевой клещевой анафилаксии - Oral Mite Anaphylaxis (Pancake Syndrome). Болезнь выражается в сенсibilизации после приёма пищи из муки, загрязнённой *Tyroglyphosis*. Ферментативная деятельность некоторых аллергенов клеща способствует усилению патогенеза этого синдрома посредством повреждения слизистой оболочки и увеличенного поглощения аллергена через пищевой тракт.

Живущий в старой муке, различных сухих лекарственных растениях и на складах синантропный клещ *Thyreophagus entomophagus* (Laboulbène & Robin) (распространён в Европе, встречается в России) может вызывать профессиональные респираторные заболевания у фермеров (акариаз лёгочный), а также пищевую клещевую анафилаксию. У больного (имевшего чувствительность к клещам домашней пыли), съевшего продукты из заражённой *Thyreophagus entomophagus* муки, появляются волдыри, зуд, диффузные эритемы, кашель и хрипы^[3].

Клинические проявления анафилаксии при любом типе требуют единого подхода к оказанию первичной неотложной помощи.

Всемирной организацией по аллергии (WAO) разработаны клинические рекомендации по диагностике и лечению анафилаксии.

Базовыми признаками анафилаксии являются внезапное начало после контакта с аллергеном и быстрый прогресс опасных для жизни проблем.

Нарушения связаны

- 1) с нарушением дыхания и/или с проходимости дыхательных путей
- 2) с патологией кровообращения
- 3) изменениями кожи и/или слизистых оболочек (гиперемия, крапивница, отек Квинке) (развиваются в 20% случаев)

Может встречаться симптоматика со стороны желудочно-кишечного тракта (например, рвота, боль в животе).

Пострадавший обычно беспокоится и может испытывать "чувство страха смерти".

Если анафилаксия развилась вне стен медицинского учреждения, а также в обстановке, где нет противошокового набора и медицинского персонала, необходимо выполнить следующие мероприятия. Все основные мероприятия должны выполняться практически параллельно.

1. Срочно вызвать реанимационную бригаду или скорую медицинскую помощь. Возможно, попросить кого-то рядом находящегося это сделать.

2. Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм.

3. Оценить проходимость дыхательных путей, дыхание, кровообращение (пульс), сознание, состояние кожи и визуально определить примерную массу тела пациента.

4. Немедленно ввести эпинефрин (адреналин) внутримышечно в середину переднелатеральной поверхности бедра в дозе 0,01 мг/кг, 1:1000 (1 мг/мл), максимум 0,5 мг (взрослые) или 0,3 мг (дети); записать время, введенную дозу и, при необходимости, повторить через 5-15 мин. Большинству пострадавших достаточно 1-2 дозы адреналина, которые можно повторять каждые 5–15 мин. Пик концентрации достигается через 10 мин.

5. Уложить пострадавшего на спину с приподнятыми нижними конечностями, повернуть его голову в сторону, выдвинув нижнюю челюсть для предупреждения асфиксии и аспирации рвотных масс. Пациент не должен стоять, сидеть или двигаться, поскольку это может привести к внезапной смерти в случаях тяжелой анафилаксии. Если у больного есть съемные зубные протезы, их необходимо удалить. При отеке глотки и гортани необходимо обеспечить доступ кислорода.

6. При остановке дыхания или кровообращения до приезда скорой помощи или прибытия реанимационной бригады быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации.

7. При возможности мониторировать артериальное давление, пульс, частоту дыхательных движений. При отсутствии монитора для измерения АД – подсчет пульса вручную каждые 2–5 мин.

8. Транспортировать больного в отделение реанимации.

Анафилаксия является состоянием, требующим немедленной госпитализации. Длительность наблюдения и мониторинг состояния пациента зависят от тяжести развития и особенностей течения анафилаксии.

В связи с вышеизложенным для повышения уровня знаний по основам оказания первой медицинской помощи и отработки практических навыков на базе кафедры медико-социальной адаптологии ФНМО МИ РУДН реализуется программа по оказанию первой помощи, программа реализуется широкой целевой аудитории.

В рамках отработки стандартов расширенной первой помощи при аллергии рекомендуется :

- 1.Актуализировать вопрос расширенной первой помощи.
- 2.Внести разработку стандартов расширенной первой помощи экспертным профессиональным сообществам.
3. Усилить просветительскую деятельность, в т.ч. направленную на борьбу с «мусорной» информацией по порядкам оказания первой помощи

4.Разработать и внедрить положение об юридической ответственности за предоставление недостоверной информации по оказанию первой помощи

5.Инициировать мероприятия по разработке отечественного аутоинъектора с эпинефрином и внести его в перечень необходимых средств для оказания первой помощи.

Литература:

1. Астафьева Н.Г., Гамова И.В., Горячкина Л.А. и др. Анафилаксия: ключевые аспекты диагностики, лечения и профилактики в современных клинических руководствах // Фарматека. 2013. 1. С.8–16.
2. Мачарадзе, Д.Ш. Лечение анафилаксии / Д.Ш. Мачарадзе // Лечащий врач. 2012. 6. С. 46-49.
3. Сепиашвили, Р.И. Белая книга WAO по аллергии 2011-2012: резюме / Р.И. Сепиашвили, Т.А. Славянская. - М.: Медицина-Здоровье, 2011. - 12 с.
4. Аллергология и клиническая иммунология. Клинические рекомендации / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 336 с.
5. Alonso T., Moro M., Garcia M. et al. Incidence of anaphylaxis in the city of Alcorcon (Spain): a population-based study // Clin. Exp. Allergy. 2012; 42: 578–589.
6. Anagnostou K. Anaphylaxis in Children: Epidemiology, Risk Factors and Management // Curr Pediatr. 2018. 14(3). P.180-186. DOI: 10.2174/1573396314666180507115115.
7. Grabenhenrich L.B., Dölle S., Moneret-Vautrin A. et al. // Allergy Clin Immunol. 2016. 137(4). P.1128-1137. DOI:10.1016/j.jaci.2015.11.015.
8. Guo C., Greenberger P.A. Idiopathic anaphylaxis // Allergy Asthma Proc. 2019. 1;40(6). P. 457-61. doi: 10.2500/aap.2019.40.4271.

9. Iglesias-Souto J., Sánchez-Machín I., Iraola V. et al. Oral mite anaphylaxis by *Thyreophagus entomophagus* in a child: a case report. // Clin Mol Allergy. 2009. 7 (10). <https://doi.org/10.1186/1476-7961-7-10>
10. Kamasheva GR, Sigitova ON, Amirov NB, Nadeeva RA, Arkhipov EV. Anaphylaxis diagnosis and treatment issues in general medical practice // The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2019. 12(4): 23-29. DOI: 10.20969/VSKM.2019.12(4).23-29.
11. Muraro A., Werfel T., Hoffmann-Sommergruber K. et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy // EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. Allergy. 2014. 69(8). P.1008-25. doi: 10.1111/all.12429.
12. Muraro A., Roberts G., Worm M. et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology // Allergy. 2014. 69(8). P.1026–1045.
13. Reber L.L., Hernandez J.D., Galli S.J.. The pathophysiology of anaphylaxis // J Allergy Clin Immunol. 2017. 140 (2). P.335-348 DOI: 10.1016/j.jaci.2017.06.003
14. Panesar S.S., Javad, D S., de Silva et al. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review // Allergy. 2013. 68 (11). P.1353–1361.
15. Poowuttikul P., Seth D. Anaphylaxis in Children and Adolescents // Pediatr Clin North Am. 2019. 66(5). P.995-1005. DOI: 10.1016/j.pcl.2019.06.005.
16. Sampson H.A. Anaphylaxis and emergency treatment // Pediatrics. 2003. 111(3). P.1601-8.
17. Simons F.E., Arduzzo L.R., Dimov V. et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: 2013 update of the evidence base // Int. Arch. Allergy Immunol. 2013. 162 (3). P.193–204.
18. Tejedor-Alonso M.A., Moro-Moro M., Múgica-García M.V. Epidemiology of Anaphylaxis: Contributions From the Last 10 Years // J Investig Allergol Clin Immunol. 2015. 25(3). P.163-75.

19. Watts M.M., Ditto M.A. Anaphylaxis // Allergy Asthma Proc. 2019. 1;40(6). P.453-456. doi: 10.2500/aap.2019.40.4270.
20. Vetander M., Helander D., Flodstrom C. et al. Anaphylaxis and reactions to foods in children — a population-based case study of emergency department visits // Clin. Exp. Allergy. 2012. 42. P. 568–577.
21. International consensus on (ICON) anaphylaxis / FER. Simons [et al.] // World Allergy Organization Journal. 2014. 7 (1). P. 9.

Тетюхин С.В., Манеров С.Л.

**ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСОВ ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ ПО ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Национальный совет по первой помощи, Всероссийское детско-юношеское общественное движение «Школа безопасности», Школа Первой помощи «Пространство Безопасности»

В 2016 году в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» N 273-ФЗ от 29.12.2012 были внесены поправки, касающиеся обучения педагогов в области первой помощи. Так в статье 41 «Охрана здоровья обучающихся» появился пункт 11, гласящий, что в целях охраны здоровья обучающихся, в том числе, необходимо «обучение педагогических работников навыкам оказания первой помощи». Данное дополнение к Федеральному закону «Об образовании в Российской Федерации» было введено Федеральным законом N 313-ФЗ от 03.07.2016 и вступило в силу с 1 сентября 2016 года.

В целях практической реализации новых положений Федерального Закона по заказу Министерства образования и науки РФ в ФБГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и

информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ был разработан «Учебно-методический комплекс по обучению приемам оказания первой помощи» (письмо Министерства образования и науки РФ №08-1746 от 26.08.2016 года), содержащий примерную программу обучения педагогов и методические рекомендации по организации и материально-техническому обеспечению учебного процесса.

Проводимый в течении четырех месяцев 2016 года анализ мероприятий по реализации положений Федерального закона в части обучения педагогов приемам первой помощи показал, что данная работа на территории Московской области практически не ведется. Причинами тому являлись: во первых, отсутствие в структуре организаций, подведомственных Министерству образования грамотных методистов организаторов повышения квалификации и профессиональной переподготовки педагогов, владеющих тематикой первой помощи; во вторых, отсутствие как оборудования, необходимого для реализации учебного процесса, так и средств бюджетного финансирования для его закупки; в третьих, отсутствие подзаконных актов на федеральном и региональном уровне, регламентирующих процесс обучения педагогических работников приемам оказания первой помощи; в четвертых, отсутствие инициативы чиновников на всех уровнях региональной системы управления образованием.

В тоже время к концу 2016 года появилось значительное число не государственных компаний, ведущих деятельность в сфере образования, предлагавших на рынке образовательных услуг продукты дистанционного обучения приемам первой помощи, на деле являвшихся узаконенной формой продажи удостоверений произвольного дизайна и содержания, якобы подтверждающих прохождение педагогами обучения приемам первой помощи. В условиях возникшего после внесения поправок информационного вакуума в части практических мер по реализации положений Федерального Закона, директора образовательных школ начали массово обращаться к помощи подобных псевдо образовательных организаций.

Проанализировав сложившуюся ситуацию, инициативная группа активистов Всероссийского детско-юношеского общественного движения «Школа безопасности» под руководством председателя Московского регионального отделения Сергея Тетюхина, основываясь на положениях «Учебно-методического комплекса по обучению приемам оказания первой помощи» Министерства образования и науки, в инициативном порядке разработало рабочую программу: «Практический курс обучения приемам первой помощи» для педагогов образовательных организаций системы дошкольного, среднего, средне-специального и дополнительного образования, а также методические рекомендации по ее практическому применению. Компоненты программы прошли рассмотрение и получили одобрение специалистов ФГАУ «Федеральный институт развития образования» и ГБОУ ВО МО «Академия социального управления».

Данная программа рассчитана на 18 аудиторных часов, без учета времени самостоятельной подготовки, носит сугубо практический, прикладной характер, направленный на формирование и развитие у обучаемых навыков оказания первой помощи пострадавшим. Цель реализации программы: совершенствование профессиональной компетентности педагогических работников в вопросах оказания первой помощи. Планируемые результаты обучения: повышение профессиональной компетентности педагогов в вопросах оказания первой помощи, формирование умений и навыков оказания первой помощи пострадавшим на месте происшествия, формирование ответственного отношения к жизни и здоровью обучаемых, пропаганда культуры безопасности и здорового образа жизни. Категория слушателей: педагоги, руководители и сотрудники образовательных организаций всех видов и форм собственности, работники и руководители системы управления образованием. Требования к квалификации слушателей: высшее образование, без предъявления требований к стажу работы. Форма обучения: очная с отрывом от работы (двухдневный практический курс).

Программа была предложена к реализации на территории Московской области в форме общественно-государственного партнерства с участием ВДЮОД «Школа безопасности» и Министерства образования Московской области. Пилотный проект по обучению педагогов приемам первой помощи был запущен на базе Муниципального образовательного учреждения дополнительного профессионального образования Методического центра «Раменский дом учителя» (городской округ Раменское) в мае 2017 года.

В ходе реализации программы учебные группы формируются по плану комплектования МОУД ПО МЦ «Раменский дом учителя» обучение финансируются за счет средств муниципального бюджета. Периодичность обучения составляет приблизительно один курс повышения квалификации в квартал и ограничена плановыми показателями расходования бюджетных средств.

За время реализации пилотного проекта были апробированы две организационные формы проведения курса: на базе Дома учителя и непосредственно в образовательной организации. Обе формы имеют свои плюсы и минусы. Так проведение занятий на базе школы по согласованному с администрацией образовательной организации графику позволяет максимально снизить нагрузку на школу и педагогический коллектив, минимизировать изменения в учебном плане, проводить курс не только в каникулярный период, но и в течении рабочего времени, обучить максимальное число сотрудников образовательной организации. Все эти факторы зачастую становятся определяющими при принятии решения об обучении коллектива школы на курсах повышения квалификации по первой помощи. В тоже время, форма проведения занятий на базе муниципального учреждения с полным отрывом от работы, позволяет добиться более системного и углубленного изучения предмета занятий, и как следствие, наилучших результатов в закреплении пройденного материала и формирования устойчивых навыков первой помощи.

Вне зависимости от организационной формы проведения занятий, главной особенностью курса является его практическая направленность. В двух дневном формате занятия проводятся по следующей схеме: первый день – теоретические занятия с элементами практики, второй день – практические занятия в малочисленных группах с детальной отработкой приемов первой помощи пострадавшим.

Участники занятий изучают следующие темы: организационно-правовые аспекты оказания первой помощи, единый алгоритм оказания первой помощи, положения приказа Министерства здравоохранения и социального развития № 477н, перечень неотложных состояний, оказание первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения, сердечно-легочная реанимация, оказание первой помощи при кровотечениях, травматические состояния, иммобилизация пострадавшего, действия при утоплении, при поражении электрическим током, ожоги, отморожения, отравления, оказание первой помощи при прочих состояниях, транспортировка пострадавших, порядок взаимодействия с экстренными службами.

В ходе проведения курса осуществляется входящий, промежуточный и исходящий контроль полученных знаний и навыков. Входящий контроль проводится в виде тестирования базовых теоретических знаний, промежуточный в виде формирования запроса дополнительной информации по итогам первого дня занятий и исходящий контроль в виде итогового экзамена, представляющего собой решение ситуационной задачи, предполагающее применение, полученных в ходе курса теоретических и практических знаний.

По окончании курса участники, успешно сдавшие практический экзамен, получают удостоверения установленного в системе повышения квалификации педагогических кадров Московской области образца в виде «Удостоверения о прохождении повышения квалификации».

Принятый порядок проведения обучения по курсу повышения квалификации на базе муниципальной организации дополнительного образования и общеобразовательных школ позволяет провести подробный детальный анализ достигнутых результатов. За время реализации пилотного проекта в Раменском городском округе Московской области было обучено в общей сложности 650 педагогов, сотрудников и руководителей образовательных организаций дошкольного, общего и дополнительного образования. Изучение результатов исходящего контроля и повторного тестирования через 12, 24 и 36 месяцев, последующих периоду обучения, показывает значительное увеличение объема знаний и практических навыков приемов оказания первой помощи в фокус-группе прошедших обучение на курсе повышения квалификации по программе «Практический курс обучения приемам первой помощи» в объеме 18 академических часов.

В тоже время, результаты повторного тестирования показывают 20% снижение практических навыков проведения сердечно-легочной реанимации в течении года, последующего моменту окончания курса, и 50% уровня снижения практических навыков на протяжении трех лет, при этом уровень теоретических знаний снижается незначительно на 10 и 20%, в соответствии с указанным временным периодом. Таким образом, на основании изучения результатов тестирования, оптимальный срок проведения практической переподготовки по первой помощи представляется равным приблизительно двум годам.

В заключении доклада необходимо отметить, что опыт реализации программы обучения педагогов приемам первой помощи, реализуемый на территории Московской области, в рамках общественно-государственного партнерства, представляется в значительной степени уникальным и значимым в контексте задачи массового обучения граждан приемам оказания первой помощи, требует подробного изучения специалистами заинтересованных министерств и ведомств с целью дальнейшего

совершенствования и рекомендации к внедрению в системе Министерства просвещения Российской Федерации.

Литература:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (ред. от 31.07.2020) «Об образовании в Российской Федерации».
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 г. № 477-н (ред. от 07.11.2012 г.) «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.05.2012 г. № 24183).
4. Анализ работы учебного отдела МОУ МЦ «Раменский дом учителя» по повышении квалификации педагогических работников Раменского г.о. в 2019-2020 учебном году, 2020, <https://ramrdu.edumsko.ru/activity/povishenie> дата обращения: 04.10.2020) Текст : электронный.
5. Анализ работы учебного отдела МОУ МЦ «Раменский дом учителя» по повышении квалификации и переподготовке педагогических работников Раменского муниципального района в 2018-2019 учебном году, 2020, <https://ramrdu.edumsko.ru/activity/povishenie> (дата обращения: 04.10.2020) Текст : электронный.

Узбеков И.Э.

**ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ СПАСАТЕЛЕЙ И
ПОЖАРНЫХ. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ И ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ**

Национальный совет по первой помощи, г. Москва, Россия

С повышением ценности человеческой жизни, снижается фатализм и отношение к происходящему как к неизбежному или случайному. Экстренным службам надо не только исполнять технологические схемы. Люди требуют внимания к людям.

Изменения в контексте работы экстренных служб.

Спасательные работы – уже не помощь в перемещении до больницы, а пожаротушение – не борьба с огнём с попутным вытаскиванием погорельцев на воздух, к «Скорой помощи». Итог работы экстренных служб – состояние пострадавших, и научные данные говорят об огромной роли лиц первого контакта и оказанной помощи до прибытия медиков. Особенности работы служб таковы, что часто первичные действия приходится производить в зонах, не доступных ни для медиков, ни для очевидцев. И в этих ситуациях значение Первой помощи, оказанной профессионалами экстренных служб, ещё больше возрастает.

Проблемы системы профессиональной подготовки спасателей и пожарных.

Система профессиональной подготовки пожарных и спасателей консервативна. До сих пор Первая помощь входит в неё как дополнительная опция к основным техническим приёмам. Пострадавшие до сих пор воспринимаются как пассивные манекены.

Есть несколько причин такого положения.

Во-первых, В России недостаточно исследована сфера профессиональной Первой помощи, а переводные материалы малочисленны и часто плохо адаптированы.

Во-вторых, до недавнего времени в распоряжении учебных центров не было подходящих средств имитации, доступных по цене и пригодных для полигонных условий. Чаще всего, для этих целей использовали статистов. Но

при имитации сложных условий ликвидации ЧС отработка приёмов Первой помощи на статистах либо чрезвычайно условна, либо небезопасна.

В-третьих, учебные комплексы спроектированы для отработки технических приёмов профессиональной деятельности. Для введения задач, связанных с оказанием Первой помощи или даже имитационной транспортировки пострадавших, приходится импровизировать и выходить за рамки методик применения учебных средств.

Наконец, в-четвёртых, в системе профессиональной подготовки нет достаточного количества инструкторов и преподавателей, имеющих и практический оперативный опыт, и квалификацию для введения практических учебных задач, связанных с оказанием Первой помощи.

Как может развиваться ситуация.

Если не обращать внимания на растущий разрыв между процессом профессиональной подготовки и научными и социальными требованиями к работе спасателей и пожарных, эффективность этой работы будет падать. Но ещё быстрее будет нарастать разочарование и даже неприязнь к сотрудникам. И без того высокий уровень профессионального выгорания и неудовлетворённости своей профессией в этой сфере будет подпитывать формальное отношение и снижение сознательности на всех уровнях. И это никак не окупится экономией от отказа от преобразований.

Можно решить проблему путём привлечения к профильным занятиям специалистов: медиков, инструкторов Первой помощи из специализированных учреждений и организаций. Но такое делегирование чревато злоупотреблениями и дискредитацией самой идеи, и опять же, скатыванием к формализму. Кроме того, аутсорсинг обучения часто связан с тем, что сторонние преподаватели недостаточно знают специфику профессии.

Ожидаемой реакцией устоявшейся системы могут стать дисциплинарные методы в рамках действующих структур. Руководители, осознающие потребность, склонны всё же действовать рутинными административными методами. К сожалению, повышения качества работы

существующих механизмов можно добиться только тотальным и непрерывным контролем всего процесса. Это не только затратно, но и породит огромный вал новой отчётности, в котором идея быстро утонет. Ведь отчитаться всегда проще, чем сделать.

Мне видится, что необходимо находиться в русле уже наметившейся стратегии развития Первой помощи в России, учитывая созданное зарубежными коллегами. Для этого нужно дорабатывать (по сути – создавать) нормативную базу профессиональной Первой помощи (расширенная Первая помощь, оказываемая сотрудниками экстренных служб). Существующие программы профессиональной подготовки можно поэтапно эволюционно дорабатывать с усилением акцента на практику в обучении Первой помощи и интеграцию задач технических и связанных с оказанием Первой помощи.

Большим подспорьем в этом станет опыт, накопленный спасателями и пожарными, совмещающие службу с преподаванием Первой помощи, работой инструкторами. Ими накоплен большой, но пока ещё разрозненный материал имитационного обучения, проведения сборов, учений, прикладных соревнований с массой уже проверенных испытаний.

На этом пути уже сейчас выделяются четыре задачи.

Гуманизация деятельности пожарно-спасательных сил. Важно активно продвигать мысль о том, что главная цель этой деятельности – спасение людей.

Отражение специфики оказания Первой помощи экстренными службами в нормативно-правовых актах. Введение и разработка понятий расширенной Первой помощи как действий до медиков и при невозможности доступа медиков. Особую роль играет разработка оценочных средств, с акцентом на имитационную и полигонную практику.

Для заполнения ниши специализированных преподавателей профессиональной Первой помощи оптимально привлекать опытных спасателей и пожарных, а также представителей смежных профессий: медиков «Скорой помощи», «Медицины катастроф». Для этого можно на базе

учебных центров профессиональной подготовки открывать филиалы кафедр ведомственных вузов по профилю Первой помощи.

Без сомнения, нельзя обойтись без пересмотра порядка оснащения учебных центров, процедур переподготовки и сертификации их преподавательского состава.

Как видно, для реализации этой задачи потребуется скоординированные усилия практиков, педагогов, медиков, юристов, с привлечением частных и общественных организаций. Нужно объединяться вокруг сообщества, не отягощённого коммерческим или политическим интересом. В таком сотрудничестве могут быть реализованы сильные стороны каждой составляющей: гибкость коммерческих учреждений, административный ресурс государственных структур, научный капитал учебных и исследовательских организаций, инициатива и независимость энтузиастов.

И работа экстренных служб будет нужной, уважаемой и действительно эффективной, если будет построена на ценности человеческой жизни. А сообщество, сформировавшееся при решении этих задач, создаст огромный потенциал как для самих служб, так и для культуры безопасности, сферы Охраны труда, преподавания ОБЖ и БЖД.

Успенская Н.А., Танишина Е.Н., Бахарев И.В., Зубко Д.В.

ТЮТОР КАК ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Рязанский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Рязань, Россия

Объективная ценность симуляционного обучения в медицине признана широким кругом специалистов. В этой связи возникла необходимость создания эффективной системы подобного обучения. Для реализации данного направления в Аккредитационно - симуляционном центре (АСЦ) РязГМУ активно применяется и развивается тьюторское движение.

Тьютор (англ. tutor — наставник, репетитор, преподаватель) — неформальная педагогическая должность.

В ситуации, когда сотрудники Аккредитационно-симуляционного центра заняты исполнением своих непосредственных обязанностей, единственным выходом представляется подготовка обучающихся в формате контролируемой самоподготовки. Отбор тьюторов производится на добровольной основе, что возможно только при наличии достаточно высокой мотивации. Кандидаты в тьюторы – это студенты 4-6 курсов лечебного факультета РязГМУ. В плане подготовки кандидатами подробно изучаются листы экспертной оценки и наиболее рациональные способы работы с ними, подробно рассматриваются все алгоритмы навыков. Отбор среди кандидатов проводится в формате внутреннего зачета сотрудниками АСЦ. В процессе дальнейшей подготовки тьюторам даются представления о структуре тренинга и стандартах обучения, которые позволяют объективно оценить уровень подготовки обучающегося.

Важным условием качественного тренинга является его структура, тьюторы ознакомлены с 4-этапной структурой тренинга, который состоит:

1. Демонстрация тьютором эталонного выполнения без комментариев;
2. Демонстрация тьютором эталонного выполнения с комментариями;
3. Пошаговая демонстрация тьютором эталонного выполнения по указаниям обучающихся;
4. Самостоятельная демонстрация навыка обучающимися;

Подобная структура тренинга зарекомендовала вою высокую эффективность и применяется в АСЦ для освоения большинства навыков.

Занятия организованы по модульному принципу. В качестве обязательного модуля для всех тьюторов АСЦ выбран навык «Базовая сердечно-легочная реанимация». Работа тьюторов постоянно контролируется и при необходимости корректируется в индивидуальном порядке.

Данная образовательная технология существенно повышает практическую подготовку как обучающихся, так и самих тьюторов, что подтверждает справедливость принципа «Обучая других, обучаюсь сам». В процессе обучения формируются стимулы к приобретению устойчивых практических навыков, в том числе и благодаря комфортному психологическому климату (отсутствие менторства, давления авторитетов, психологическая близость к среде обучающихся).

Храмеева Л.В.

ПОДХОД КРАСНОГО КРЕСТА К РАСПРОСТРАНЕНИЮ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Общероссийская общественная организация «Российский Красный Крест»

г. Москва, Россия

В истории первой помощи знаменательным является 1859 год, когда швейцарец Анри Дюнан предложил создать международную организацию, главной задачей которой являлось бы оказание первой помощи раненым в военных условиях и создание механизмов их защиты. Благодаря инициативе Дюнана, в 1864 году возник Международный Комитет Красный Крест. Этим было положено начало созданию в армиях специальных санитарных служб и специального обучения их сотрудников.

С тех пор первая помощь прошла долгий путь развития. Ее роль стала значимой не только во время войны, но и в мирное время.

В России с момента зарождения в 1867 году «**Общества попечения о раненых и больных воинах**», которое 1879 году было переименовано в «**Российское общество Красного Креста**», и по настоящее время оказание

первой помощи пострадавшим людям, а так же обучение населения навыкам оказания первой помощи – одно из главных направлений деятельности Российского Красного Креста.

Российский Красный Крест, как национальное общество, является составной частью Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца. В настоящее время Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца — это огромная международная сеть, объединяющая более ста пятидесяти миллионов человек и 192 национальных общества Красного Креста и Красного Полумесяца, является одним из лидеров создания современных подходов к оказанию первой помощи и распространению её навыков среди населения в мире, одним из основных действующих лиц на мировой арене разработки стандартов обучения первой помощи, а также определения ее базовых принципов и рекомендаций, исходя из научно обоснованных подходов.

Основной принцип Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца в этой сфере - первая помощь должна быть оказана с учетом научно обоснованных, соответствующих современным требованиям стандартов и передовой практики.

Национальные общества Красного Креста и Красного Полумесяца являются одним из ведущих мировых поставщиков обучения первой помощи.

С целью поддержания этого статуса Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОККиКП) сотрудничает с научными организациями, в том числе медицинскими, специалистами в области педагогики, представителями общественного здравоохранения. Создан Глобальный справочный центр по первой помощи (GFARC), основная функция которого, как «центра передового опыта», состоит в том, чтобы развивать стратегически важные знания и лучшие практики, в его функции так же входят: аккредитация Национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, сертификация образовательных программ

первой помощи (которые подтверждаются каждые 5 лет), обучение мастер-тренеров.

Программа «Первая помощь» Российского Красного Креста имеет международный сертификат, а Российский Красный Крест международную аккредитацию. Сертификаты Российского Красного Креста, выдаваемые слушателям, действуют в других странах.

Потенциал Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца - основа развития деятельности Российского Красного Креста.

В целях гармонизации обучения первой помощи на всей территории России (региональные отделения Российского Красного Креста на сегодняшний день функционируют в 79 из 85 субъектов Российской Федерации), для упорядочения деловых процессов создан Ресурсно-образовательный центр по первой помощи Российского Красного Креста, который осуществляет комплекс координационно-методических и организационных работ по разработке и реализации учебных программ, поддержания единой унифицированной методологии подготовки населения, инструкторов по обучению населения и тренеров по подготовке инструкторов.

В целях соблюдения и поддержки на всех структурных уровнях Российского Красного Креста единой системы обучения и подтверждения потенциала региональных учебных центров Российского Красного Креста, предлагающих обучение по первой помощи, на уровне, соответствующем стандартам Красного Креста разработана система:

- аккредитации учебных центров Российского Красного Креста;
- сертификации инструкторов и тренеров.

Информация об аккредитованных учебных центрах заносится в Единый реестр учебных центров, информация об инструкторах и, выданных им, сертификатах вносится в **Регистр инструкторов по первой помощи Российского Красного Креста**, которые размещаются на официальном сайте Российского Красного Креста.

Система обучения первой помощи Российского Красного Креста, так же включает:

- разработку локальных нормативных актов в сфере обучения первой помощи;
- структуру и механизм координации;
- определение иерархии преподавательского состава и требований к преподавательскому составу различного уровня;
- порядок подготовки инструкторов и тренеров по первой помощи, порядок и основания их сертификации;
- компоненты и программы обучения первой помощи;
- правила аттестации слушателей.

Методическая база подготовки инструкторов и тренеров по первой помощи Российского Красного Креста включает:

1. Дополнительную профессиональную программу (профессиональной переподготовки) «Инструктор по обучению населения приемам оказания первой помощи (инструктор по первой помощи)». Обучение по данной программе составляет 250 часов.
2. Дополнительную профессиональную программу (повышения квалификации) «ToT» тренер для инструкторов первой помощи». Обучение по данной программе составляет 96 часов.
3. Дополнительную профессиональную программу (повышения квалификации) «ToT» для инструкторов и тренеров». Обучение по данной программе составляет – 40 часов (подтверждение квалификации, каждые 3 года).

Сведения о выданных документах, подтверждающих квалификацию инструктора/тренера по первой помощи, в установленном законодательством порядке вносятся в федеральную информационную систему «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении» (ФИС ФРДО).

В рамках системы подготовки инструкторов и тренеров по первой

помощи Российского Красного Креста также проводятся:

1. Раз в год рефреш тренинги.
2. Раз в год совместные учения в условиях максимально приближенных к реальным ЧС для команд реагирования на ЧС Российского Красного Креста, инструкторов и тренеров по первой помощи, с участием добровольцев Российского Красного Креста, сотрудников территориальных подразделений МЧС, органов здравоохранения, полиции.

Обучение широких масс населения навыкам оказания первой помощи осуществляется по трем основным программам.

1. Программы первой помощи для населения (скорая помощь доступна), включающие в себя:

- 1.1. Базовая программа первой помощи для населения;
- 1.2. Программа первая помощь младенцу, ребенку «Ваш ребенок» - для родителей, нянь...;
- 1.3. Программа «Стань героем, спаси жизнь» – обучение детей;
- 1.4. Первая помощь при МОТО/АВТО ДТП.

2. Программа первой помощи «Вне зоны действия 103» (когда скорая помощь недоступна или приезд скорой помощи отсрочен);

3. Программа первой помощи для журналистов «Опасная командировка»;

Для тех, кто прошел обучение и имеет сертификат первой помощи Российского Красного Креста реализуется программа «Рефреш и игры», направленная на отработку и закрепление практических навыков.

В 2018 году выпущена новая версия (обновлённая) мобильного приложения Российского Красного Креста, для оказания первой помощи и реагирования при ЧС.

Российский Красный Крест в своей деятельности, в частности, исходит из следующего:

- первая помощь остается ключевым средством снижения смертности и травматизма, и развития более благополучного и стабильного общества;

- популяризация первой помощи и использование доказанных методов профилактики для решения некоторых проблем может создать прочный потенциал подготовленности и реагирования населения (местных сообществ) на ЧС (сегодня пандемия);

- эта деятельность устанавливает связь между добровольцами, оказавшими первую помощь пострадавшим и государственной системой здравоохранения.

Ежегодно, региональные отделения Российский Красный Крест, на всех уровнях проводят мероприятия отмечая:

– «Всемирный день первой помощи», который отмечается каждый год во вторую субботу сентября. Одним из инициаторов этого дня является Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

– «Всемирный день «Мир перезапусти сердце», который отмечается 16 октября. Инициатором этого дня является стратегический партнер Международной Федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Международный согласительный комитет по реанимации ILCOR, в который входят:

- Американская кардиологическая ассоциация;
- Европейский совет по реанимации;
- Канадский фонд сердца и инсульта;
- Комитет по реанимации Австралии и Новой Зеландии;
- Совет по реанимации Южной Африки;
- Межамериканский фонд сердца;
- Совет по реанимации Азии;

Сотрудники и добровольцы Российского Красного Креста в эти дни проводят тренинги, мастер классы, различные акции, консультации и др. мероприятия, направленные на привлечение внимания общественности к

необходимости получения навыков оказания первой помощи, в том числе через социальные сети, СМИ, популяризирующие обучение СЛР и навыкам оказания первой помощи.

В настоящее время при оказании первой помощи исходят уже не из одних только гуманных побуждений, но из ее социальной сущности и осознанного общественного значения. События, происходящие в нашей стране и в мире в последние годы, вызвали глубокие изменения во всех сферах общественной жизни. Увеличение частоты проявления разрушительных сил природы, числа промышленных аварий и катастроф, опасных ситуаций социального характера, низкий уровень профессиональной подготовки специалистов, отсутствие навыков правильного поведения в повседневной жизни, в различных опасных и чрезвычайных ситуациях пагубно отразились на состоянии здоровья и жизни людей. В области оказания неотложной помощи особое внимание уделяется совершенствованию системы спасения жизни, сохранения здоровья и защиты населения.

Российский Красный Крест призывает к обучению и получению базовых знаний и навыков оказания первой помощи с целью сохранения жизни пострадавших. Организация твердо убеждена в том, что первая помощь должна быть неотъемлемой частью эволюционного подхода. Данный подход делает упор на профилактику с целью развития более благополучного и стабильного общества, а также на укрепление потенциала для совершенствования программ здравоохранения.

Теория и практика образовательных подходов продолжают развиваться. Все это связано с программой успешной реализации, разработанной благодаря масштабному консультативному процессу и международной аккредитации в Глобальном справочном центре МФОККиКП и консультативному участию Международного Комитета Красного Креста.

Организация обучения населения оказанию первой помощи в Международном движении Красного Креста и Красного Полумесяца,

имеющая более чем столетнюю историю и опирающаяся на практический опыт национальных обществ практически всех стран в мире, является примером наилучшей практики, достойной подражанию.

Чумаков Н.А.

СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого,
г. Санкт-Петербург, Россия

Высшая ценность современного общества - это человеческая жизнь. Эту мысль прививают ребенку в процессе его социализации, она же является ключевой в процессе его воспитания, формирования его личности. Однако, развитие личности имеет ряд характерных этапов, и на каждом таком этапе существуют значительные отличия в особенностях поведения, мировоззрения у одного и того же человека. Таким образом, очевидно, что человек в процессе своего развития меняется. И очевидно, что восприятие новой информации, реагирование на нее будет также меняться. Изучением закономерностей этих процессов занимается педагогика, возрастная психология, социология, физиология человека и множество других дисциплин. Не лишним учитывать такие особенности и при обучении основам первой помощи. В настоящий момент специфичность преподавания чаще всего носила характер профессиональной особенности того контингента, которому это преподается. Например, для группы электриков акцент ставится на оказании первой помощи при поражении электрическим током и все, что с данной травмой может быть связано. Сложно возразить такому подходу, однако, этого все-таки недостаточно. Обучение первой помощи, ориентированную на основную профессиональную деятельность человека, очень важно. В этом случае высока вероятность

заинтересованности в получаемых знаниях. Но, безусловно, на этом останавливаться не стоит. А почему мы решили, что первая помощь - прерогатива лишь профессиональной деятельности? Ведь активная трудовая деятельность - только часть жизни человека. Есть длительный период до и не маленький период после. Да и в период активной трудовой деятельности есть промежутки времени, когда человек существует вне работы. И это вовсе не значит, что знания первой помощи ему не нужны, или он должен целиком переносить полученные знания со своей работы на свою частную жизнь.

Во вновь формируемом новом сообществе преподавателей первой помощи уже звучали мысли о необходимости обучения практически всех слоев населения. Первая помощь должна преподаваться уже с дошкольных учреждений и не должна быть исключением и для различных групп населения, находящихся на пенсии. И для каждого возрастного уровня должна быть некоторая специфичность в преподавании первой помощи. Давайте попробуем разобрать наиболее многочисленные группы, которые мы можем выделить (по возрасту, однородности, роду занятия и т.п.) и попытаемся описать особенности преподавания первой помощи каждой выделенной группы.

Для начала предложим несколько аксиом:

1. Первая помощь должна преподаваться с начала формирования личности человека и быть обязательной частью воспитания.
2. При всем многообразии форм обучения первой помощи не должно быть противоречий с существующим и действующим законодательством.
3. Любое правильно сделанное, направленное на реализацию первой помощи действие - важно и ценно.

Выделяя каждую группу, нужно оценивать ее по потенциальному уровню развития - физические, интеллектуальные способности, уровень профессиональной подготовки. В настоящий момент требования к оказанию первой помощи к медицинским работникам такой же, как и, например, к рабочим строительных специальностей. Это не совсем правильно. В любом

случае потенциал медицинского работника, как правило, выше, чем у человека далекого от медицины.

Итак, когда нужно начинать обучать основам первой помощи? На этот вопрос найти ответ нам поможет возрастная психология. Ребенок 4-5 лет начинает выделять себя как отдельную личность, у него появляются страхи при угрозе для собственной жизни, он начинает принимать для себя общественные ценности. Именно в этот период элементы основ первой помощи ему должны начинать преподаваться. Конечно, они носят относительно примитивный, в основном игровой характер. Но важно уже сейчас представлять, с чем может ребенок столкнуться, и какие доступные ему действия могут помочь ему самому и его окружающим. Для реализации такого обучения должна быть некая программная основа с рекомендациями различных направлений и примеров. Реализовывать ее должны педагоги дошкольных учреждений. Попытки внедрения таких программ уже сейчас предпринимаются, однако, носят спонтанный и несистемный характер.

Следующая группа - это школьники. Возрастная психология чаще всего выделяет три этапа развития школьника и программы обучения должны быть разделены в соответствии с этими этапами с учетом возрастной специфики (к которой привязаны и интеллектуальные и физиологические элементы развития). Таким образом, программы должны готовиться для школьников 7-10 лет, 11-14 и 15-18 лет. При чем для школьников первых двух групп - это не должны быть отдельные предметы, а элементы программы должны быть включены в ряд профильных предметов - таких как: окружающий мир, технология, физическая культура, БЖД и т.п. Для старшеклассников уже целесообразно включать отдельные занятия по первой помощи. Важно, чтобы эти занятия были интегрированы в различные предметы и доводились до обучаемых в течении всего периода обучения.

Для студентов курс первой помощи должен быть расширенно включен в состав курса БЖД. В настоящий момент курс предмета БЖД является

обязательным к обучению для всех учащихся среднего и высшего профессионального образования.

Обучение работников в рамках охраны труда- наиболее разработанная часть предполагаемой системы обучения первой помощи. Открытых вопросов и в этой области много, но разрабатываются они уже несколько лет и значительно продвинулись в этом направлении.

И абсолютно не справедливо игнорировать различные общественные организации, волонтерские движения, а также организации, состоящие из лиц, находящихся на заслуженном отдыхе. Раньше этот контингент охватывали различными занятиями в рамках гражданской обороны и там были элементы, которые мы сегодня можем назвать составляющими первой помощи. Однако, гражданская оборона далеко не везде активно популяризируется. Поэтому целесообразно разрабатывать программы для лиц, достигших предпенсионного и пенсионного возраста, с учетом различных особенностей данного контингента.

Таким образом, нужно создавать единую систему обучения первой помощи. Имея четкие внутренние критерии, должны реализовываться всевозможные формы популяризации основ первой помощи, с учетом профессиональных особенностей обучаемого контингента должны создаваться и разрабатываться специфические программы. Однако, и они не должны противоречить общим принципам первой помощи.

К сожалению, далеко не все ключевые вопросы первой помощи уже проработаны, но работая над ними, необходимо помнить, что они должны иметь возможность лечь в основу создания многогранной, многоэтапной единой системы обучения первой помощи.

1. Дежурный Л.И., Шувалова Е.А., Лысенко К.И., Закурдаева А.Ю., Батурин Д.И. Принципы защиты от юридической ответственности лиц оказывающих первую помощь пострадавшим в международном и российском законодательстве. Журнал «Менеджер здравоохранения», - 2010, - № 6, - с.34-40.

2. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Дежурный Л.И., Халмуратов А.М. Система первой помощи. Принципы создания и функционирования в Российской Федерации. Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения», - 2008, №1
3. Ерехинская Е.А., Чумаков Н.А. Некоторые вопросы правового аспекта оказания первой медицинской помощи немедицинскими работниками. Журнал "БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ", №3, 2007. Стр. 39 - 45
4. Чумаков Н.А. Междисциплинарное интегрирование в постановке преподавания основ медицины для немедицинских специальностей. Вестник Балтийской педагогической академии Вып. 57 – 2004 г. Теория и практика управления образовательным и учебным процессом: педагогические, социальные и психологические проблемы. СПб. 2004 г. С. 73-76.

Шкатова Е.Ю., Мельникова И.С.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

г. Ижевск, Россия

С каждым годом с развитием общества возрастает актуальность и потребность в оказании первой помощи, что в свою очередь диктует новые требования к систематизации и обучению в этой области. В 2019 году на кафедру медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности в целях

реализации мероприятий по подготовке преподавателей первой помощи была возложена ответственность за организацию обучения сотрудников академии (в последующем населения Удмуртской Республики) вопросам первой помощи в соответствии с письмом директора Департамента медицинского образования и кадровой политики здравоохранения Российской Федерации Семеновой Т.В. от 28.11.2018 г. №16-2-15/227 и решения Координационного Совета в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» от 03.12.2018 г. №436/05.03-18.

На первом этапе обучены 2 преподавателя академии в образовательно-методическом центре «Пермская краевая школа медицины катастроф» по 144 часовой унифицированной программе с получением удостоверений государственного образца и два преподавателя по программе «Провайдер СЛР» в Казанском (Приволжском) федеральном университете. Согласно типовым программам дополнительного профессионального образования «Примерная программа обучения лиц, обязанных и (или) имеющих право оказывать первую помощь», «Примерная программа дополнительного профессионального образования – повышения квалификации по подготовке преподавателей первой помощи», разработанным Минздравом России (главный внештатный специалист по первой помощи Минздрава России Дежурный Л.И.) от 25.10.2018 г. №16-2-15/213 сотрудниками кафедры подготовлены рабочие программы по дисциплинам «Первая помощь» (16 часов), «Инструктор первой помощи» (36 часов), «Преподаватель первой помощи» (42 часа). На втором этапе организован учебный класс «Театр катастроф», который оснащен тренажерами-манекенами, наборами имитаторов травм и повреждений, аптечками первой помощи, носилками, табельными и подручными средствами для оказания первой помощи, мультимедийным оборудованием.

За 2019 год было организовано 3 цикла по подготовке преподавателей и инструкторов первой помощи, удостоверения установленного образца получили 38 человек. Среди обучившихся – сотрудники академии в возрасте

от 25 до 62 лет с высшим медицинским и немедицинским образованием, со средним профессиональным образованием.

В начале каждого цикла проводилось тестирование на определение базового уровня теоретических знаний по вопросам первой помощи. Опрошенные дали 40,1 – 74,3% правильных ответов. Итоговое занятие включало повторное тестирование, сдачу практических навыков и проведение фрагмента занятия по первой помощи с подготовленной презентацией. После обучения курсанты при ответах на итоговом тестовом контроле набрали в среднем $82,2 \pm 2,4\%$ правильных ответов. Все курсанты подготовили и провели фрагмент выбранного занятия по вопросам оказания первой помощи.

Организация обучения первой помощи среди сотрудников и создание «Театра катастроф» позволила повысить уровень знаний по вопросам первой помощи не только сотрудников академии, но и студентов, которым преподают подготовленные преподаватели. Благодаря созданной системе обучения появилась возможность повышать квалификацию преподавателей, учебно-вспомогательного персонала и административно-управленческого аппарата в области первой помощи, проводить практические занятия по предмету безопасность жизнедеятельности на более высоком уровне. Благодаря возросшему количеству сотрудников и студентов, владеющих приемами оказания первой помощи, академия смогла в кратчайшие сроки организовать и провести экспозицию «Оказание первой помощи пострадавшим» в мероприятиях XI салона средств обеспечения безопасности «Комплексная безопасность – 2019» в рамках промышленного Форума в честь празднования Дня оружейника России. За три дня более 600 человек смогли посетить экспозицию, многие сами попробовали на манекенах оказывать первую помощь под руководством специалистов медицинской академии.

Таким образом, опыт организации системы подготовки специалистов – преподавателей первой помощи в Ижевской государственной медицинской

академии имеет большую эффективность и показал целесообразность создания не только в медицинских вузах, но и в гуманитарных, технических вузах центры по обучению первой помощи.

Шубина Л. Б., Грибков Д.М., Хохлов И.В., Лабзина М.В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ОТ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. ИМЕЕТ ПРАВО ИЛИ ОБЯЗАН?

Московский центр развития медицинской симуляции «Mentor
Medicus», г. Москва, Россия

Кафедра клинического моделирования и мануальных навыков ФФМ
МГУ им.М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия

Парадокс, но подавляющее большинство медицинских специалистов (врачи, медицинские сестры) никогда не проходили обучение по первой помощи и не знают о таком термине, введенном современным законодателем в 2009 году статьей 31 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Все они предпочитают употреблять термин первая медицинская помощь или доврачебная в отношении среднего медицинского персонала. Современная учебная программа медиков, в прежние времена, не имела отдельного времени на вопросы первой помощи. В настоящий момент эти вопросы на совести преподавателей дисциплины Основы безопасности жизнедеятельности (ОБЖ). Тем не менее для действующих специалистов в рамках повышения квалификации эта дисциплина не доступна. Обучая медицинских специалистов, мы сталкиваемся с тем, что все они считают себя обязанными оказывать первую помощь, но при этом не проходили специального для этого обучения. Ведь, действия при потере сознания, травмах, остановке кровообращения и т.д. преподавались им в контексте использования штатного медицинского оснащения (транспортные шины,

лекарственные средства и т.п.) и, как правило, в теоретическом аспекте. Также проблемой такой подготовки является отсутствие регулярной актуализации этих навыков. Выделение в отдельный модуль обучения действиям в ситуации, когда медицинский работник находился не при исполнении своих должностных обязанностей (на отдыхе или ещё где-то), и стал случайным очевидцем происшествия, целесообразно как при получении базового образования, так и при повышении квалификации.

Проводимый нами опрос, свидетельствует о том, что многие медицинские работники знают о необходимых действиях, но не владеют алгоритмом первой помощи и не имеют необходимых навыков.

Компрессии грудной клетки во время сердечно-легочной реанимации практикующими медицинскими специалистами, редко сталкивающимися с остановкой кровообращения, ошибочно считаются простым и малодейственным мероприятием. Отсюда убеждение, что этот навык всем известен и не зачем его повторять. Тем не менее, существуют доказанные факты, о необходимости повышения требований к качеству сердечно-легочной реанимации. Но недостаточно просто знать эти требования, необходимо для обеспечения качества реанимации, регулярно повторять их на практике. Но как это обеспечить? Ситуации, где от медицинского персонала требуется её выполнение, довольно редки. Выходом является использование возможностей симуляционного обучения. Можно много прочитать, можно выучить прочитанное наизусть, но, если нет опыта выполнения – это все равно, что пытаться научиться водить автомобиль, прочитав об этом книгу или плавать в сухом бассейне.

Начиная с 2007 по настоящее время мы проводим различные симуляционные тренинги для медицинских специалистов и студентов, в том числе выделяем отдельный модуль по первой помощи, который прошли около 1000 человек, являющихся сотрудниками разных медицинских организаций г.Москвы. Среди них лица разного возраста, пола и стажа, а также занимающие различные должности: заведующие отделений,

медицинские сестры, фельдшеры и врачи различных специальностей. Их должность, специальность и уровень образования не имели значения для участия в тренинге, также, как и для пострадавшего на улице, чью жизнь надо спасти.

Перед началом тренинга все участники проходят анонимное анкетирование. Было проанализировано 467 анкет с вопросами о первой помощи и о медицинской помощи в экстренной форме.

По результатам анонимного анкетирования, готовыми к оказанию первой помощи считали себя 72% опрошенных, при этом уверенными в этом ответе было всего лишь 24% от всех опрошенных.

Знают, что такое первая помощь и кто точно обязан её оказывать только 19 % участников анкетирования. Остальные участники либо затруднились ответить, либо считают, что только медицинские работники обязаны оказывать первую помощь, либо наоборот любой человек обязан это делать.

При ответе на вопрос о соотношении количества компрессий грудной клетки и вдохов для искусственной вентиляции легких 71 % верно ответили, что соотношение должно быть 30 к 2, при этом, 91 % опрошенных правильно ответили, что сердечно-легочная реанимация у взрослых должна начинаться именно с компрессии грудной клетки, один человек считает, что это необходимо делать одновременно, один респондент затруднился с ответом и трое не верно считали, что на этапе первой помощи это должен быть прекардиальный удар.

При ответе на вопрос о том, что целесообразно использовать для собственной защиты от инфекции, при осуществлении вдохов изо рта в рот 79% опрошенных неверно считали, что эту функцию может осуществить платок, салфетка, одноразовая маска, марля, бинт, любая ткань. И только 12 % указали, что это возможно при использовании специальных приспособлений, например, устройства из автомобильной аптечки, лицевой и дыхательной маски. Один опрошенный указал, что с этой целью будет

просить выполнять вдохи родных пострадавшего, один указал на необходимость использования спирта, 5% опрошенных неверно считают, что функцию будет выполнять оротрахеальный воздуховод и 2% затруднились с ответом.

Тотальный недостаточный уровень подготовки медицинских специалистов к оказанию первой помощи сопровождается тем, что все они считают себя обязанными в случае чрезвычайной ситуации оказывать помощь в любом месте.

С помощью нашего курса, мы транслируем информацию о том, что - Первая помощь – комплекс срочных простейших мероприятий по спасению жизни человека, который проводится очевидцами до оказания медицинской помощи. Обязаны оказывать первую помощь сотрудники специальных служб (МВД, ГИБДД, МЧС и т.п.), находящиеся при исполнении своих служебных обязанностей.

Все остальные очевидцы оказывать первую помощь вправе, при наличии соответствующей подготовки. Предполагается, что медицинские работники, оказавшиеся очевидцами происшествия и не находящиеся при исполнении своих служебных обязанностей, также вправе оказывать первую помощь, так исходя из их образования, они имеют соответствующую подготовку.

Медицинскую помощь в экстренной форме обязаны оказывать медицинские работники, находящиеся при исполнении своих служебных обязанностей, т.е. на работе.

В соответствии со ст.32 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» существует три формы оказания медицинской помощи:

- 1) Экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

2) Неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

3) Плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Явных признаков угрозы жизни пациента, позволяющих отличить медицинскую помощь в экстренной форме от медицинской помощи в неотложной форме на законодательном уровне не прописано. Но для этих целей можно воспользоваться перечнем состояний, при котором оказывается первая помощь в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. N 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи». В таком случае, в большинстве случаев разница между алгоритмом оказания первой помощи и алгоритмом медицинской помощи в экстренной форме заключается в наличии оснащения и арсенале навыков помощников.

В ходе наших тренингов последовательно предлагается продержаться до прибытия реанимационной бригады, работать в качестве члена этой бригады и, наконец, возглавить эту бригаду.

Здесь нельзя сказать, что это обучение от «простого к сложному», это обучение под разные ситуации «ты один на один с пострадавшим и у тебя ничего нет», «ты в составе команды медиков», «ты член реанимационной бригады», не всегда можно сказать, что из этого сложнее, а что проще.

Именно разделение на три таких уровня, позволяет четко структурировать навыки, на которые делается акцент на каждом из этапов тренинга и добиваться от участников качества подготовки.

По окончании обучения все участники правильно отвечали на выше описанные вопросы, поэтому проводимые тренинги можно считать помимо повышающих практическую подготовку участников еще и просветительскими. Целенаправленная подготовка медицинских специалистов к оказанию первой помощи выполняет еще одну задачу – формирование пула потенциальных высококвалифицированных инструкторов первой помощи для обучения населения.

Тем не менее, некоторые участники наших тренингов, вернувшись к нам вновь, стали утверждать, что не согласны с формулировкой **«Медицинский работник вправе оказывать первую помощь»**, считая, что они это делать обязаны, ссылаясь на ст. 124 и 125 Уголовного кодекса РФ. Дословно читая эти статьи, они считают, что врачи и средний медицинский персонал попадают под категорию других лиц, прошедших обучение, следовательно, находятся под специальным правилом. Большое количество комментариев в сети интернет подтверждает эту версию. Надеемся, что участники конференции обозначат эту проблему перед современным законодателем. Т.к. на данный момент, в зависимости от трактовки судьи одна и та же ситуация, где очевидец-медик смог только вызвать скорую медицинскую помощь и всё, будет рассматриваться по-разному. В случае, если позиция, что все, получившие медицинское образование обязаны оказывать первую помощь, то необходимо обязать их всегда носить с собой аптечку первой помощи, а также в обязательном порядке проходить регулярное обучение за счет государства, которое их обязывает это делать...

Янкевич А.А.

**ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ КАК ЗАДАНИЕ НА КОНКУРСАХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРСТВА РАБОТНИКОВ
ОРГАНИЗАЦИИ «ЛУКОЙЛ»**

Образовательное частное учреждение дополнительного профессионального образования «Корпоративный учебный центр», г. Астрахань, Россия

«Важно наполнять не жизнь работой, а работу жизнью». Это, к слову, один из секретов счастья. Ведь работа занимает немалую часть нашей жизни. И если тебе нравится то, чем ты занимаешься, если вкладываешь в дело часть своей души, то и окружающие это замечают, и руководство поощряет. На конкурсы профессионального мастерства только таких, равнодушных, и выдвигают. Такие люди как яркие бриллианты в своих коллективах. На них равняются, у них учатся. И называют почётным словом - мастер своего дела [1].

Во все времена, даже когда страна переживала экономически непростые годы, на поощрении профессионалов не экономили. И конкурсы «Лучший по профессии» регулярно проводились в компании «ЛУКОЙЛ». В тренде они и сейчас. Именно благодаря таким состязаниям мы знаем по имени, да и в лицо, лучших учителей, врачей, водителей и поваров в городе, округе, стране. Возможно, некоторые, прочитав эти слова, скептически пожмут плечами: мол, итоги этих состязаний весьма условны и здесь многое зависит от случая. С этим можно и согласиться, и нет. Ведь данные соревнования определяют в том числе и то, насколько готовы профессионалы к непредвиденным обстоятельствам. А иначе какие же они лучшие из лучших? Возьмём, к примеру, конкурс «Лучший по профессии» среди нефтедобытчиков и переработчиков. Уронил оператор ДНГ инструмент, сбился машинист с последовательности действий - и улетел в конец рейтинговой таблицы. А случилось это не потому, что работники они плохие,

а от избытка волнения. Но, согласитесь, хладнокровие, хорошая реакция, доведённые до автоматизма действия и есть часть профессионализма [2].

Традиция проводить конкурсы профессионального мастерства родилась в Западной Сибири. «Сейчас они проходят во всех компаниях, во всех обществах ЛУКОЙЛа», - говорит председатель профкома территориальной профсоюзной организации общества «ЛУКОЙЛ-Западная Сибирь» Иван Эннс. - По итогам этого конкурса будет сформирована команда, которая поедет на общелукойловский этап. Он будет проходить на трёх территориях: по направлению добычи - в Коми, по нефтепереработке - в Перми, а спасатели будут соревноваться в Астрахани [2].

В Астрахани в 2017 году проходил первый в истории Компании «ЛУКОЙЛ» конкурс профессионального мастерства спасателей. 2017 год объявлен в России годом экологии. Поэтому символично, что Компания «ЛУКОЙЛ» провела подобный первый конкурс именно в этот год. Ведь экологическая безопасность – один из приоритетов работы нефтяников. В 2019 году был проведен второй конкурс. Команды нештатных аварийно-спасательных формирований соревновались на территории Корпоративного учебного центра ООО «ЛУКОЙЛ-Нижевожскнефть».

В течение двух дней, за победу боролись около 15 команд из разных регионов страны – территорий присутствия Компании. Среди них – команды из Пермского края, Западной Сибири, республики Коми, Волгограда, Астрахани, Высоцка, Калининграда, Нижнего Новгорода и другие [1].

«Здесь соревнуются наши обычные работники – те, кто помимо своих основных обязанностей способен в случае необходимости вовремя и оперативно отреагировать на любую чрезвычайную ситуацию, – отметил начальник Департамента промышленной безопасности, экологии и научно-технических работ ПАО «ЛУКОЙЛ» Игорь Заикин, – Место проведения соревнований – Корпоративный учебный центр в Астрахани – выбрано неслучайно, ведь здесь созданы все условия для обучения поведению в разного рода чрезвычайных ситуациях» [3].

Участникам предстояло поочередно преодолеть пять конкурсных заданий. Это тестирование знаний; оказание первой помощи пострадавшему; тушение загорания легковоспламеняющейся жидкости на водной подушке в противне; тушение условного пожара с разворачиванием мотопомпы и подачей двух стволов; локализация условного разлива нефтепродуктов на воде и их сбор. Последний этап для многих участников оказался гораздо тяжелее остальных [3].

В выполнении упражнения «оказание первой помощи» принимала участие вся команда спасателей (5 человек). В ходе конкурсного задания отрабатываются вопросы оказания помощи трем пострадавшим (первый - отработка на тренажере «Гоша» приемов сердечно-легочной реанимации (далее – СЛР), второй - с открытым перелом и с артериальным кровотечением, третий - упражнение в зависимости от выбранного билета из трех вводных).

Сложности возникли в выборе манекенов для задания. Так как на всех объектах должны были быть в наличии манекены, которые будут на конкурсе. Была проведена коммуникация со всеми командами и с длительными разборами выбрали именно эти манекены.

Далее был этап подбора и жесткой выверки всех условий задания.

Чтобы дойти до окончательной формулировки: «Участники выстраиваются у черты старта (финиша) с тремя носилками. Перед стартом-финишем старшему судье докладывается теоретическое обоснование оказания первой помощи для трех пострадавших. После этого отрабатывается практическая часть. Участники по команде старшего судьи с одновременным отчетом времени, выдвигаются с тремя носилками в район нахождения пострадавших (20 м от линии старта) приступают к действиям по оказанию помощи пострадавшим. Для выполнения конкурсного задания по оказанию помощи с выполнением сердечно-легочной реанимации первому пострадавшему (тренажер «Гоша») привлекаются два спасателя (условно №№ 1, 2). Завершением одного их подэтапов по оказанию помощи

пострадавшим является транспортировка первого пострадавшего к сотрудникам «Скорой помощи» (20 м от района нахождения пострадавших за линию финиша) двумя спасателями (условно №№ 1, 2) на носилках.», нужно было решить и измерить сколько метров до старта, сколько между манекенами метров, один или несколько спасателей оказывает помощь, как эвакуировать на носилках и при этом соблюдать технику безопасности и многие другие проблемы. На подготовку конкурсного задания по первой помощи и согласование ее со всеми командами ушло около месяца.

И конечно же, важным этапом является судейство на соревнованиях и разработка штрафных баллов. Судьи оценивали правильность и последовательность теоретической и практической части после оказания первой помощи трём пострадавшим и эвакуации их на линию старта-финиша.

Итогом конкурса стала торжественная церемония награждения победителей и призеров. Кроме почетных грамот все призеры конкурса профессионального мастерства рабочих на звание «Лучший по профессии» получают достойную прибавку к своим окладам.

Литература:

1. <https://mopo.lukoil.ru>
2. <https://zs.lukoil.ru/ru/>
3. <https://ctc.lukoil.ru>

Ярлыкова Н.Р.

ПОДГОТОВКА ВОЛОНТЕРОВ: С НУЛЯ ДО ИНСТРУКТОРА ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Автономная некоммерческая организация «Центр первой помощи и
добровольчества «Вершина», г. Москва, Россия

Каждая организация, сталкивающаяся с задачей подготовки инструкторов первой помощи, использует свои уникальные подходы и методики. В этой работе мы хотим поделиться особенностями, характерными для подготовки волонтеров-инструкторов первой помощи и найденными нами решениями.

Ключевые принципы мероприятий, к проведению которых мы готовим волонтеров-инструкторов:

- более 60% длительности курса занимает практика в виде отработки навыков или игровых симуляций. Все слушатели отрабатывают все практические приемы под постоянным индивидуальным контролем;
- размеры групп – от 10 до 14 человек;
- соотношение инструкторов к слушателям: 1: 4 или 1:3.

В нашу школу волонтеров-инструкторов приходят люди без опыта работы или образования в медицине или смежных областях. Объем знаний и умений – пройденный курс первой помощи.

Для подготовки эффективных инструкторов требуется:

1. передать каждому потенциальному инструктору большой объем информации (как тексты лекционной части занятий, так и дополнительный материал);
2. научить будущих инструкторов методикам организации практических занятий, чтобы максимально снизить вероятность сведения занятий, проводимых вне нашей организации, к чтению лекций;
3. убедиться в способности и готовности каждого инструктора выступать перед аудиторией;
4. убедиться в соответствии качества работы инструктора принятым в организации стандартам;
5. проводить регулярный контроль качества;
6. учитывать особенности участия волонтеров в занятиях – разную периодичность, отсутствие желания или возможности посвящать

подготовке или занятиям много времени, снижение мотивации при долгом отсутствии результатов.

Эти задачи мы решаем через:

- создание «эталонных материалов» – материалов по всем темам, включающих полный текст лекционной части, часто задаваемые вопросы и ответы на них, дополнительную информацию для изучения, видео выполнения приемов, фотографии и видео травм и состояний, фотографии рекомендуемых иллюстративных материалов (выносимых на доску) и т.п.;
- передачу будущим инструкторам не общих подходов, концепций и принципов, а максимально практических рекомендаций, понятных и применимых «здесь-и-сейчас»;
- отработку с каждым слушателем всех элементов работы инструктора;
- индивидуальную работу с каждым будущим инструктором до участия его в «боевом» занятии;
- присутствие на первых занятиях старшего инструктора с целью помощи, контроля и выдачи обратной связи по итогам;
- проведение занятий силами нескольких человек, каждый из которых может рассказывать в принятом в организации формате только часть тем курса. При этом вместе они «перекрывают» весь пул тем;
- активного привлечения к занятиям «помощников инструкторов» – тех, кто научился организовывать и проводить практическую часть занятия, однако не хочет или не может выступать в качестве лектора.

Передача будущим инструкторам методик и контроль качества их подготовки реализуется в рамках школы инструкторов.

Школа инструкторов включает следующие этапы:

1. Прохождение курса первой помощи (20 часов) – обычно является входным требованием, либо выполняется в качестве первой ступени подготовки).

2. Организационная встреча (2 часа) – предназначен для знакомства будущих инструкторов с организацией и планами на школу инструкторов. Позволяет эффективно отсеивать тех, чьи цели не совпадают с нашими.
3. Методический блок (20 часов) – содержит теорию и практику организации практических тренировок по первой помощи, теорию и практику организации игровых симуляций, теорию ораторского искусства (общие принципы, ответы на вопросы, интерактивы, работа с доской и пр.). Этот блок – ключевая часть школы инструкторов. После его прохождения участники могут организовывать и проводить всю практическую часть занятий по первой помощи и судить соревнования.
4. Индивидуальные репетиции. Каждый будущий инструктор самостоятельно готовит одну выбранную тему в полном объеме (включая демонстрации приемов и пр.) и рассказывает ее куратору так, как будто ведет полноценное занятие. Куратор отслеживает характерные особенности при выступлении, задает вопросы, выдает реакцию на интерактивы, а после завершения дает расширенную обратную связь. С каждым слушателем проводится столько репетиций, сколько требуется для подтверждения готовности. В большинстве случаев это 2-3 репетиции для первых изучаемых тем, и 1-2 для последующих.
5. Выступление с подготовленной темой на «боевом» занятии с настоящими слушателями. Участие в остальной части занятия в качестве помощника для контроля практических тренировок и игровых симуляций.

Далее циклично повторяются пункты 4 и 5 для остальных тем курса. В зависимости от желания и свободного времени изучение полного курса может занимать разное время, а для многих людей – никогда не завершиться.

Однако, такой подход является итеративным и позволяет после каждого этапа получать волонтеров, подготовленных к проведению тех или иных занятий.

Те, кто прекратили обучение в школе инструкторов сразу после методического блока, могут выступать в качестве судей на соревнованиях и участвовать во всех курсах и мастер-классах в качестве помощников – обеспечивать контроль всех практических заданий и организацию игровых симуляций, т.е. 60% от всего курса.

Те, кто освоил в принятом у нас формате не все темы, а только часть, могут успешно участвовать в наших занятиях – читая подготовленные темы, контролируя практические тренировки и игровые симуляции.

Кроме того, обе указанные категории волонтеров при регулярном участии в занятиях закрепляют знания всех тем и оказываются способны проводить эффективные мастер-классы и частные занятия по первой помощи в рамках своих образовательных учреждений, клубов, секций, организаций, команд и т.п.

Описанный выше подход к подготовке волонтеров-инструкторов применяется нами уже много лет и доказал свою эффективность. Более сотни инструкторов прошли через школу и далее участвовали в проведении наших мероприятий, позволяя наблюдать за результатами подготовки и, при необходимости, корректировать программу.

В процессе работы были обнаружены следующие сложности:

- Даже среди тех, кто самостоятельно и добровольно участвует в школе инструкторов, не все способны выступать публично. 3-5% наших слушателей, пришедших на индивидуальные репетиции, не смогли их пройти из-за слишком высокого стресса и личных сложностей. Наша методика подготовки позволяет выявлять таких людей и не допускать к участию в реальных занятиях. Однако, она не позволяет преодолеть индивидуальные сложности такого характера.

- Отсутствие полных и качественных материалов для подготовки критично снижает общую эффективность процесса. Волонтеры, не имеющие медицинского образования, не обладают достаточным количеством знаний для самостоятельного формирования полного занятия. Волонтеры, обладающие медицинским образованием, часто не могут ограничить материал только тем, что применимо неподготовленными людьми, прошедшими только курс первой помощи.
- Изложение большого количества теоретических сведений (например, из области педагогики) приводит к сокращению времени на практику, и при этом не приносит непосредственной пользы для проведения занятий.
- Характерный для волонтеров «случайный» характер участия в мероприятиях, разное количество изученных тем, разная длительность пауз между занятиями создает сложности при планировании занятий, отслеживании и поддержании качества работы каждого волонтера. Требуется прикладывать отдельные целенаправленные усилия для контроля, но они не исключают возможности неверной оценки.

Несмотря на сложности, описанный подход к подготовке волонтеров-инструкторов позволяет за относительно короткое время готовить и отдельных волонтеров-инструкторов, и автономные команды инструкторов в различных организациях и регионах.

В ближайшем будущем мы планируем опубликовать подробное описание и тексты наших методических занятий и перенести значительную часть курса подготовки в онлайн-формат, чтобы его могли проходить и те, кто не может или не хочет посещать занятия очно.

Оглавление

Авдеева В. Г., Титова Е.М.

Профессиональная подготовка преподавателей и инструкторов предмета «Первая помощь» – важное звено системы безопасности **Ошибка! Закладка не определена.**

Авитисов П.В., Золотухин А.В.

Особенности преподавания дисциплины «Первая помощь» **Ошибка! Закладка не определена.**

Апарин А.А.

К вопросу о перспективе интеграции пожарной и медицинской служб (на основе зарубежного и личного практического опыта) **Ошибка! Закладка не определена.**

Баклунин В.А.

Специфика преподавания первой помощи в рамках военно-спортивного патриотического клуба для обучающихся 8-11 классов **Ошибка! Закладка не определена.**

Биркун А. А.

Проблемы организации и предлагаемая концепция повышения эффективности оказания первой помощи при внегоспитальной остановке сердца в России **Ошибка! Закладка не определена.**

Бородина М.А., Таптыгина Е.В., Попов О.Ю.

Нерешенные вопросы временной остановки наружного кровотечения на догоспитальном этапе. Опыт оценки конкурсной станции на Всерос-сийском конкурсе медицинских ВУЗов «Неотложка», Красноярск, 2020 **Ошибка! Закладка не определена.**

Вершиловский Э.

Остановка кровотечения как отдельная отрасль первой помощи **Ошибка! Закладка не определена.**

Гаркави Д.А., Гаркави А.В.

Технология виртуальной реальности в обучении навыкам оказания первой помощи **Ошибка! Закладка не определена.**

Гильгаль А.

Обучение населения правилам оказания первой помощи и волонтерское движение **Ошибка! Закладка не определена.**

Гладилин А.В.

Первая помощь в системе среднего и высшего образования **Ошибка! Закладка не определена.**

Гуменюк С.А., Неудахин Г.В., Гуськова О.В.

Особенности обучения первой помощи в условиях пандемии covid-19 **Ошибка! Закладка не определена.**

Гур В.А.

Первая помощь как система знаний **Ошибка! Закладка не определена.**

Дежурный Л.И., Белова А.Б.

Применение информационных технологий в развитии системы оказания первой помощи **Ошибка! Закладка не определена.**

Дивавина Ю.Е.

Особенности обучения водителей оказанию первой помощи **Ошибка! Закладка не определена.**

Димитрюк Л.А.

Опыт организации курсов первой помощи в медицинском колледже **Ошибка! Закладка не определена.**

Евсеев А.В.

Всероссийский проект МЧС России 2 «Научись спасать жизнь!» - эффективная форма построения системы первой помощи в регионах на примере Тульской области..... **Ошибка! Закладка не определена.**

Журавлёв С.В.

Организация учета частоты, объема и результативности мероприятий первой помощи **Ошибка! Закладка не определена.**

Закурдаева А.Ю.

Статья 31 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: нужны ли изменения? **Ошибка! Закладка не определена.**

Зарипова З.А.

Первая помощь при травмах: как и на чем учить? **Ошибка! Закладка не определена.**

Ковалев С.А.

Проблемы оказания первой помощи в водолажном деле **Ошибка! Закладка не определена.**

Козинец Е.А.

Обучающая игра по оказанию первой помощи «Матрица спасения». **Ошибка! Закладка не определена.**

Лейтес Б.Л.

СПАСАТЕЛЬ.РЯДОМ - проактивная система оказания первой помощи **Ошибка! Закладка не определена.**

Линченко С.Н., Колодкина В.И., Колодкин А.А. и др.

Особенности преподавания дисциплины «Основы оказания первой помощи пострадавшим и ухода» иностранным обучающимся с преподаванием на английском языке **Ошибка! Закладка не определена.**

Ловчикова И.А.

Адаптация содержания курсов первой помощи к факторам производственной среды различных предприятий **Ошибка! Закладка не определена.**

Лунин А.Д.

О необходимости утверждения алгоритма сортировки пострадавших в чрезвычайных ситуациях..... **Ошибка! Закладка не определена.**

Мамджян Г.Г., Невский К.Д.

Материально-техническое обеспечение оказания первой помощи. Традиции и современность..... **Ошибка! Закладка не определена.**

Манеров С.Л., Тетюхин С.В.

Повышение квалификации преподавателей (инструкторов) первой помощи. Наш опыт и взгляд в будущее **Ошибка! Закладка не определена.**

Марченко Д.В.

Дисциплина «Первая помощь» внутри медицинского вуза: проблемы и перспективы **Ошибка! Закладка не определена.**

Марченко Е.В.

Анализ ошибок первой помощи и психологической поддержки (на примере Всероссийских студенческих соревнований «Человеческий фактор») **Ошибка! Закладка не определена.**

Махновский А.И., Барсукова И.М.

Первая помощь: основные направления снижения смертности от потенциально-предотвратимых причин ... **Ошибка! Закладка не определена.**

Махновский А.И., Барсукова И.М.

Перспективы применения лекарственных препаратов при оказании расширенной первой помощи **Ошибка! Закладка не определена.**

Махновский А.И.

Виды медицинской помощи: военно-медицинская доктрина и Федеральный закон об основах охраны здоровья граждан **Ошибка! Закладка не определена.**

Махновский А.И.

Перспективные требования к подготовке санитарных инструкторов: нормативно-правовое обоснование **Ошибка! Закладка не определена.**

Морейно Е.М., Осанова М.В., Титов А.В.

Опыт применения различных методов обучения первой помощи в системе охраны труда..... **Ошибка! Закладка не определена.**

Муравьёва А.А., Владимирова О.В., Зинченко О.В.

Опыт симуляционного обучения в подготовке медицинских кадров к работе в условиях массового поступления **Ошибка! Закладка не определена.**

Понявин А.В.

Технология распределенного реестра в построении информационных систем оказания медицинской и первой помощи. **Ошибка! Закладка не определена.**

Рогожина Л.П. Попов В.П. Медведева Е.В.

Комплект первой помощи, как современная альтернатива автомобильной аптечке и инструмент для спасателя и волонтера **Ошибка! Залкада не определена.**

Старков А.С., Гаркави А.В.

Проблемы оказания первой помощи пострадавшим на горнолыжных комплексах России **Ошибка! Залкада не определена.**

Старостин Д.О., Кузовлев А.Н.

Алгоритм базовой сердечно-лёгочной реанимации в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID – 19 **Ошибка! Залкада не определена.**

Татаурицкова Н.С., Бережанский П.В.

Первая помощь при анафилаксии..... **Ошибка! Залкада не определена.**

Тетюхин С.В., Манеров С.Л.

Практический опыт проведения курсов повышения квалификации по первой помощи для преподавателей общеобразовательных школ Московской области **Ошибка! Залкада не определена.**

Узбеков И.Э.

Первая помощь в системе подготовки спасателей и пожарных. Проблемные вопросы и варианты развития..... **Ошибка! Залкада не определена.**

Успенская Н.А., Танишина Е.Н., Бахарев И.В. и др.

Тьютор как преподаватель первой помощи **Ошибка! Залкада не определена.**

Храмеева Л.В.

Подход Красного Креста к распространению знаний и навыков оказания первой помощи **Ошибка! Залкада не определена.**

Чумаков Н.А.

Создание системы подготовки к оказанию первой помощи **Ошибка! Залкада не определена.**

Шкатова Е.Ю., Мельникова И.С.

Опыт организации обучения первой помощи сотрудников медицинской академии..... **Ошибка! Залкада не определена.**

Шубина Л. Б., Грибков Д.М., Хохлов И.В. и др.

Первая помощь от медицинских работников. Имеет право или обязан? **Ошибка! Залкада не определена.**

Янкевич А.А.

Первая помощь как задание на конкурсах профессионального мастерства работников организации «Лукойл»..... **Ошибка! Залкада не определена.**

Ярлыкова Н.Р.

Подготовка волонтеров: с нуля до инструктора первой помощи **Ошибка! Залкада не определена.**

Первая помощь - 2020

СБОРНИК ТЕЗИСОВ
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
(В СООТВЕТСТВИИ С ПЛАНом
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ МЗ РФ)

9-10 октября 2020 года

