

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	8
Список сокращений и условных обозначений.	9
Предисловие.	11
Введение	15
РАЗДЕЛ I. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	21
Глава 1. Древние времена. Зарождение первой помощи	23
Глава 2. История создания медицинской помощи в России	30
Глава 3. Международные стандарты первой медицинской помощи. Первая Женевская конференция	35
Глава 4. История Российского Красного Креста.	38
Глава 5. Создание обучающих программ по первой помощи.	41
РАЗДЕЛ II. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ, СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	49
Глава 6. Законодательство и нормативно-правовая база при оказании неотложной помощи	51
Глава 7. Основные принципы оформления документации	68
РАЗДЕЛ III. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ И ВНЕЗАПНО ЗАБОЛЕВШИМ В ОБЫЧНОЕ ВРЕМЯ И ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.	81
Глава 8. Общие вопросы организации и оказания догоспитальной помощи	83
Глава 9. Оценка состояния пациента и мониторинг жизненно важных функций	91
Глава 10. Сортировка пациентов и безопасность медицинского персонала при оказании неотложной и экстренной помощи.	98
Глава 11. Соблюдение правил личной безопасности и обеспечение безопасных условий при оказании первой помощи	101

Глава 12. Организация медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях	108
Глава 13. Работа бригады скорой медицинской помощи	111
Глава 14. Международный опыт организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях	117
Глава 15. Роль медицинской сестры и подготовка медицинских работников к работе в условиях чрезвычайных ситуаций	120
Глава 16. Особенности оказания неотложной помощи детям и пожилым	131
Глава 17. Основы фармакологии в неотложной помощи	133
Глава 18. Профилактика неотложных состояний	138
Глава 19. Психология общения и работа с родственниками — особенности поведения медицинской сестры в стрессовых ситуациях	147
Глава 20. Безопасность и стандарты инфекционного контроля — защита пациентов и персонала от рисков	167
 РАЗДЕЛ IV. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОСТОЯНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	
Глава 21. Несчастные случаи	191
21.1. Диагностика и первая медицинская помощь при утоплении, электротравме, отравлении, термических и химических ожогах, переохлаждении, солнечном и тепловом ударе	191
21.2. Диагностика и первая медицинская помощь при укусах животных, насекомых, рыб, рептилий, змей и пресмыкающихся	211
Глава 22. Диагностика и оказание первой медицинской помощи при неотложных состояниях	227
22.1. Отсутствие сознания, остановка дыхания и сердечной деятельности у пострадавшего	227
22.2. Сердечно-легочная реанимация	240
22.3. Сердечно-легочная реанимация у детей	254
22.4. Диагностика и оказание первой медицинской помощи при шоках	261

Глава 23. Острые аллергозы. Анафилактический шок.	281
Глава 24. Лихорадка у взрослых	297
Глава 25. Внутренние (неинфекционные) болезни.	312
25.1. Синдромы и заболевания органов дыхания.	312
25.2. Синдромы и заболевания сердечно-сосудистой системы ...	330
Глава 26. Инфекции.	349
Глава 27. Эндокринные заболевания	393
Глава 28. Травмы.	417
28.1. Травмы грудной клетки	417
28.2. Травмы живота	438
28.3. Травмы головы	458
28.4. Травмы позвоночника.	477
28.5. Раны	496
28.6. Синдром длительного сдавления.	516
28.7. Травмы конечностей. Переломы костей конечностей	530
28.8. Травмы таза.	545
28.9. Нейротравма	562
Глава 29. Синдромы и неотложные состояния при хирургических болезнях	579
Глава 30. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии	596
30.1. Неотложные состояния в акушерстве	596
30.2. Неотложные состояния в гинекологии.	627
Глава 31. Неврологические синдромы и неотложные состояния	649
Глава 32. Неотложные состояния в офтальмологии.	670
Глава 33. Неотложные состояния в оториноларингологии.	688
Глава 34. Неотложные состояния и заболевания в урологии и нефрологии.	704
Глава 35. Неотложные состояния и заболевания в неонатологии.	721
Глава 36. Неотложные состояния и заболевания у детей	749
Глава 37. Неотложные состояния и заболевания в наркологии и психиатрии	765
Глава 38. Неотложные состояния в онкологии	784
Глава 39. Неотложные состояния во фтизиатрии	803

Приложения.....	822
Приложение 1. Универсальный алгоритм оказания первой медицинской помощи	822
Приложение 2. Современные наборы средств и устройств, используемые для оказания первой помощи	823
Приложение 3. Список антидотов при отравлениях.....	829
Приложение 4. Алгоритм реанимации новорожденных (в том числе недоношенных) и детей младшего возраста.....	832
Приложение 5. Стандартные операционные процедуры ¹ 	833
Предметный указатель	835

¹  Материалы представлены в электронном виде.

ВВЕДЕНИЕ

К неотложным состояниям относят различные внезапно возникшие острые патологические изменения функций организма человека, заболевания, обострения хронической патологии, несчастные случаи, травмы, отравления, аварии, техногенные катастрофы и другие явления и состояния, угрожающие жизни, здоровью и окружающим лицам.

Для облегчения страдания и спасения жизни при таких состояниях необходимо проведение неотложных медицинских мероприятий еще до приезда машины СМП, на догоспитальном этапе. Промедление может привести к необратимым явлениям и гибели человека. С неотложными состояниями можно столкнуться в быту, а также при внезапных и резких ухудшениях состояния здоровья пациента, проходящего лечение дома или в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Догоспитальная помощь — это комплекс мероприятий, направленных на оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим и больным до их помещения в стационар, где впоследствии им будет оказана квалифицированная и/или специализированная врачебная помощь. Экстренная помощь может быть оказана фельдшерами СМП, медицинскими сестрами, работающими в амбулаторных условиях или на дому, а также медицинскими работниками, оказавшимися рядом с пострадавшим человеком.

Важность роли медицинской сестры невозможно переоценить. В экстренных ситуациях жизнь пациентов и окружающих их людей зачастую зависит от ее собранности, решимости, организованности, а также надежных знаний и практических навыков, выполняемых в соответствии со стандартами и требованиями оказания качественной медицинской помощи. Велика роль медицинского персонала в обучении и информировании пациентов с хроническими заболеваниями о возможных ухудшениях в состоянии их здоровья, осложненном течении недуга и мерах борьбы с первыми признаками неблагополучия в состоянии здоровья. Медицинские сестры, помимо умения организовать окружающих людей с целью оказания помощи при ЧС и вызова бригады СМП, должны также владеть всеми требуемыми простейшими медицинскими манипуляциями, такими как оценка состояния здоровья человека (по различным шкалам), проведение сердечно-легочной реанимации (СЛР), наложение жгута и повязки для остановки кровотечения, измерение артериального давления (АД) и другие процедуры, направленные на поддержание жизненно важных систем организма пострадавшего человека.

Медицинскую помощь населению оказывают как в повседневной практике, так и в условиях ЧС. Важно обеспечить своевременность, доступность и качество оказания помощи в любых обстоятельствах. Однако подходы к организации этой помощи в зависимости от ситуации различаются. Система здравоохранения должна быть готова эффективно реагировать как на единичные случаи внезапного ухудшения здоровья, так и на массовые поражения при техногенных или природных катастрофах.

Медицинская помощь в обычное время

Обеспечение медицинской помощи населению в обычное время — одно из основных направлений деятельности системы здравоохранения. На догоспитальном этапе эту функцию выполняют бригады СМП, которые выезжают к пациентам с жалобами на внезапное ухудшение самочувствия, острые заболевания или травмы.

Структура и организация работы скорой помощи

Современная система скорой помощи включает несколько уровней:

- первая помощь, оказываемая непосредственно на месте происшествия;
- догоспитальная помощь, оказываемая бригадами скорой помощи;
- госпитальная помощь, осуществляемая в стационаре после доставки пациента.

Каждый уровень имеет свою специфику и цели. Бригада СМП состоит из врача, фельдшера и водителя-санитара. Бригады СМП могут быть укомплектованы только фельдшером и медицинской сестрой с целью снижения нагрузки на врачебные бригады и в условиях дефицита кадров. При необходимости могут привлекаться специализированные бригады: кардиологические, неврологические, педиатрические, а также бригады реанимации.

Принципы оказания помощи

Основные принципы оказания СМП:

- быстрое реагирование — минимальное время прибытия бригады к месту вызова;
- непрерывность помощи от момента обращения до госпитализации;
- адекватность проводимых мероприятий — действия должны соответствовать состоянию пациента и стандартам оказания помощи;
- преемственность между уровнями помощи — плавный переход от догоспитального к стационарному этапу.

Обеспечить эти принципы помогают слаженная работа диспетчерских служб, грамотная оценка состояния пациента и правильная транспортировка.

Особенности оказания помощи при чрезвычайных ситуациях

ЧС представляют собой события, связанные с угрозой жизни и здоровью большого количества людей. Это могут быть природные катаклизмы (землетрясения, наводнения), техногенные аварии (разрушение зданий, взрывы, выбросы химических веществ), террористические акты и эпидемии. В таких условиях организационная структура оказания помощи меняется, поскольку требуется не только индивидуальный подход к каждому пострадавшему, но и работа с массовым потоком людей.

Классификация чрезвычайных ситуаций

ЧС классифицируют по следующим признакам.

- По характеру возникновения: природные, техногенные, биолого-социальные.
- По масштабу последствий: локальные, местные, региональные, федеральные.
- По времени развития: внезапные (например, землетрясение) и постепенно развивающиеся (эпидемии).

От типа ЧС зависят выбор стратегии реагирования и степень привлечения сил и средств.

Организация медицинской помощи при ЧС

Организацию медицинской помощи в условиях ЧС регулируют система гражданской обороны и защиты населения, а также единые государственные программы ликвидации последствий ЧС. Основные задачи медицинской службы при ЧС:

- оперативное спасение пострадавших;
- санитарная обработка и эвакуация;
- изоляция и лечение больных при эпидемиях;
- медицинская разведка и прогнозирование последствий;
- обеспечение психологической поддержки пострадавшим.

В мирное время и в обычных условиях экстренную и неотложную медицинскую помощь оказывает целый ряд лечебно-профилактических учреждений.

В городских условиях это:

- служба скорой и неотложной помощи;
- приемные отделения больниц;
- хирургические кабинеты поликлиник и медико-санитарных частей;
- травматологические пункты;
- здравпункты предприятий.

В сельских условиях это:

- фельдшерско-акушерские пункты;
- амбулатории;
- участковые больницы;
- центральные районные больницы со службой скорой помощи.

Классификация видов медицинской помощи

Рассмотрим более подробно различные виды медицинской помощи.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет следующие виды медицинской помощи:

- первичная;
- специализированная;
- скорая;
- паллиативная.

Выделяют следующие формы оказания медицинской помощи.

- Экстренная медицинская помощь — помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, требующих экстренной помощи. Экстренная помощь показана при следующих состояниях:
 - нарушение сознания;
 - нарушение дыхания;
 - нарушение кровообращения;
 - болевой синдром;
 - травма (любой этиологии), отравление;
 - кровотечения;
 - роды и угроза прерывания беременности;
 - психические нарушения, представляющие опасность для окружающих.
- Неотложная медицинская помощь — помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.
- Плановая медицинская помощь — помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождаемых угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи; помощь, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшения состояния здоровья пациента, а также угрозу его жизни и здоровью.

Первичная медицинская помощь может быть оказана разными специалистами в лечебных учреждениях, поэтому принято выделять следующие ее разновидности.

- *Первичная доврачебная медицинская помощь* — комплекс неотложных мероприятий, выполняемых средним медицинским персоналом. Основная цель такого вида помощи — устранение действия повреждающих факторов, спасение жизни пострадавшего и эвакуация его из зоны поражения. К мероприятиям первой помощи относят временную остановку кровотечения, восстановление проходимости дыхательных путей, наложение повязок, транспортную иммобилизацию и др.

- *Первичная врачебная помощь* (квалифицированная) — помощь, оказываемая врачами-терапевтами, педиатрами, в том числе участковыми, семейными врачами и врачами общей практики. Это целый комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Данный вид помощи направлен на устранение опасных для жизни ситуаций, а также на профилактику возможных осложнений и включает, например, устранение асфиксии, пункции полостей тела, новокаиновые блокады, окончательную остановку кровотечений, первичную хирургическую обработку ран, вправление вывихов и др.
- *Первичная специализированная медицинская помощь* — это комплекс исчерпывающих лечебных мероприятий, выполняемый у отдельных групп заболевших или пострадавших врачами-специалистами. К этому виду помощи относят хирургическую, офтальмологическую, травматологическую и стоматологическую помощь.

Первичная доврачебная помощь должна быть оказана в оптимальные сроки после повреждения — желательно в первые 30 мин. При некоторых состояниях, например при остановке дыхания или сердечной деятельности, эти сроки исчисляются минутами. Невозможно переоценить важность этого вида помощи. Отсутствие адекватной медицинской помощи в течение 1 ч (60 мин) может увеличить летальность на 30%, а задержка оказания таковой помощи на 3 ч (180 мин) — на 60%. Значительная часть пострадавших погибает от несвоевременного оказания первой помощи, при том что рана и повреждение могут не быть смертельными. В течение 5 ч можно спасти почти 30% пострадавших; противошоковые мероприятия, проведенные в течение первых 6 ч после травмы, способны снизить смертельные исходы на 20–30%. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), оказание первой помощи на месте происшествия позволяет спасти около 20% пострадавших от несчастных случаев в мирное время при таких состояниях, как шок при совместимых с жизнью травмах, неостановленное кровотечение и асфиксия.

Основные задачи доврачебной помощи

- Осмотр пострадавшего, диагностика.
- Проведение необходимых мероприятий по ликвидации угрозы жизни пострадавшего.
- Предупреждение возможных осложнений.
- Обеспечение благоприятных условий транспортировки пострадавшего.

Действия по спасению жизни и сохранению здоровья пострадавшего

1. Оценка критичности ситуации для спасаемого, спасателя и окружающих, при необходимости — применение средств индивидуальной защиты (СИЗ).

2. Устранение воздействия травмирующих факторов (извлечение утопающего из воды, освобождение от действия электрического тока, вывод из загазованной зоны, тушение одежды и т.д.).
3. Срочная оценка состояния пострадавшего по простым клиническим признакам.
4. Привлечение помощи окружающих, вызов скорой помощи и встреча ее.
5. Придание пострадавшему безопасного положения.
6. Принятие мер, устраняющих опасные для жизни состояния:
 - остановка кровотечения разными способами;
 - наложение повязок на раны;
 - транспортная иммобилизация;
 - восстановление проходимости дыхательных путей;
 - закрытый массаж сердца;
 - искусственная вентиляция легких (ИВЛ);
 - другие неотложные действия при различных состояниях.
7. Контроль состояния пострадавшего, поддержание жизненных функций до прибытия врача.

Алгоритм осмотра пострадавшего включает следующий порядок действий.

1. Оценка сознания.
2. Вербальный контакт.
3. При отсутствии сознания у больного:
 - оценка характера и частоты дыхательных движений (ЧДД);
 - оценка состояния сердечно-сосудистой системы по пульсу и АД;
 - решение о проведении реанимационных мероприятий.
4. Ревизия полости рта и верхних дыхательных путей с удалением инородных тел и восстановлением функции внешнего дыхания.
5. Если была травма:
 - определение целостности кровеносных сосудов, временная остановка наружного кровотечения;
 - осмотр больного, выявление признаков переломов и вывихов;
 - выявление кровоподтеков, гематом, ссадин, указывающих на возможную травму различных областей тела (например, наличие поверхностных повреждений на голове может указывать на нейротравму).

Раздел I

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Система оказания неотложной медицинской помощи имеет глубокие исторические корни, уходящие в древность. Формированию современной системы скорой помощи на протяжении столетий способствовали развитие медицины, военные конфликты, научно-технический прогресс и социальные изменения. Сегодня она представляет собой сложную структуру, объединяющую различные уровни медицинского обеспечения, начиная с первого контакта с пациентом на догоспитальном этапе. Появление форм первой медицинской помощи связано с военными конфликтами, развитием медицины, гуманитарной деятельностью и необходимостью спасения жизней в экстренных ситуациях. Основные элементы ее становления формировались еще в доисторические времена, но до середины XIX в. первая помощь не существовала, так как отсутствовали как теоретические знания, так и практические медицинские навыки.

Совершенствование первой медицинской помощи связано с военными конфликтами, развитием медицины, гуманитарной деятельностью и необходимостью спасения жизней в экстренных ситуациях. Рассмотрим основные этапы ее становления. До середины XIX в. оказание первой помощи было практически невозможно в связи с отсутствием как теоретических знаний, так и практических навыков в этой области.

ГЛАВА 1

ДРЕВНИЕ ВРЕМЕНА.
ЗАРОЖДЕНИЕ ПЕРВОЙ
ПОМОЩИ

Первые формы медицинской помощи возникли еще в доисторические времена, когда люди пытались оказать помощь раненым или больным членам племени. Врачевание заключалось в использовании трав, примочек, перевязок и простейших методов остановки кровотечения. Эти действия, хотя и были далеки от современных представлений о медицине, заложили основу для дальнейшего развития практики оказания первой помощи.

В Древнем Египте, Месопотамии, Индии и Китае уже существовали зачатки систематического подхода к лечению заболеваний. Например, в Древнем Египте для лечения ран применяли повязки из льна и меда, а в трактатах Аюрведы были подробно описаны способы остановки кровотечений и лечения переломов.

Зарождение первой помощи происходило постепенно начиная с древних времен и было тесно связано с военной необходимостью. Систематизация знаний и организация медицинской помощи достигли высокого уровня уже в Древнем Риме, создав фундамент для дальнейшего развития современной системы первой помощи. Ранние упоминания о первой медицинской помощи приведены в **табл. 1.1**.

Таблица 1.1. Упоминания первых систем медицинской помощи в период древних цивилизаций — Древнего Египта, Древнего Рима и времен Гиппократ

Упоминание	Характеристика
Древние цивилизации	В древних цивилизациях, таких как Древний Египет, Месопотамия, Древняя Греция и Древний Рим, существовали простые методы остановки кровотечения, наложения повязок и лечения ран
Древний Египет	Древние египтяне использовали перевязочные материалы, мед и травы для лечения ран, что можно считать прообразом современных методов первой помощи

Упоминание	Характеристика
Древний Рим	Легионеры обучались простейшим способам ухода за ранеными, включая наложение жгутов и перевязки
460–370 гг. до н. э. (Гиппократ)	Гиппократ, «отец медицины», заложил основы медицинской помощи, включая наблюдение за состоянием пациента, обработку ран и использование чистых материалов для предотвращения инфекций

Основные достижения древности в том, что древние медики достигли значительных успехов: разработали методы обработки ран, проводили сложные операции, боролись с инфекциями, организовывали системы транспортировки раненых. Создание запасов медикаментов и перевязочных материалов упорядочивало деятельность персонала.

Период создания монашеских и духовно-рыцарских организаций во время крестовых походов

Ордены возникли во время первых крестовых походов. Католическая церковь объявила целью походов освобождение от мусульман Палестины и Гроба Господня, который, согласно преданию, находился в Иерусалиме. В армиях крестоносцев после взятия Иерусалима в 1099 г. с благословения Папы Римского на базе различных братств создавались особые духовно-рыцарские организации.

Первоначальной задачей орденов была защита христианских паломников и охрана христианских владений на Востоке от нападений последователей ислама.

Традиции организации медицинской помощи в Святой Земле продолжали рыцари различных орденов (табл. 1.2).

Античный период и Средневековье

В эпоху Античности медицина стала более систематизированной. Гиппократ и его ученики описали принципы наблюдения за больными, сбора анамнеза и оказания базовой помощи. Римская армия имела специальных врачей, которые сопровождали войска и оказывали помощь раненым прямо на поле боя, что может служить одним из первых примеров организации догоспитальной помощи.

В Средневековье развитие медицины замедлилось, однако монастыри и рыцарские ордены продолжали осуществлять уход за больными. Орден госпитальеров (рыцарей святого Иоанна) стал прообразом современной системы скорой помощи, предоставляя медицинскую помощь пострадавшим в ходе крестовых походов.

Таблица 1.2. Первые системы медицинской помощи в период создания монашеских и духовно-рыцарских организаций во время крестовых походов

Упоминание	Характеристика
Рыцарский орден иоаннитов (госпитальеров)	Основан в 1099 г. для помощи больным и раненым паломникам на пути в Святую Землю. В этом ордене воинов обучали основам медицины
Рыцарский орден тамплиеров	Тамплиеры были одними из первых организаторов системной первой помощи на поле боя. Для оказания первой помощи использовали простейшие подручные средства — бинты, мази на основе трав, спиртовые настойки. Часто применяли прижигания ран раскаленным железом (для остановки кровотечения) и ампутации. Появились военные хирурги, которые оказывали первую помощь на поле боя. Они проводили ампутации, извлекали стрелы и пытались остановить кровотечения. Из инструментов использовали ножи, пилы для ампутации и специальные щипцы для извлечения наконечников стрел при ранениях. Операции проводили без анестезии, и смертность от болевого шока и осложнений оставалась высокой
Церковь	Упор делали не на лечении, а на молитвах, покаянии и духовном спасении. В монастырях и при церквях создавались госпитали, где монахи использовали травы и простейшие методы лечения для оказания помощи больным и раненым. Именно монастыри стали первыми организованными центрами медицинской помощи. Врачебная помощь базировалась на трудах античных авторов, таких как Гиппократ и Гален, но их учения зачастую интерпретировали через призму религии

Эпоха Возрождения и Новое время

С развитием науки в эпоху Возрождения медицина начала активно развиваться. Появились первые анатомические исследования, позволившие лучше понять строение тела человека. Французский хирург Амбруаз Паре разработал новые методы остановки кровотечения и лечения ран, что сыграло важную роль в формировании военно-полевой медицины.

Военные конфликты XVII–XIX вв.

Многочисленные военные конфликты приводили к тому, что появилась необходимость юридически узаконить работу лекарей. Предпринимались первые попытки систематизации помощи, оказываемой при ранах; были открыты первые госпитали.

В XVIII в. в европейских странах начали создавать первые системы экстренной медицинской помощи. В России указом Петра I была органи-

зована система перевозки раненых с поля боя. В это же время появились первые носилки, повозки для перевозки больных и определенные правила оказания первой помощи (табл. 1.3).

В табл. 1.4 представлен обзор ранних форм медицинской помощи, оказываемой пострадавшим. В ней систематизированы основные виды поддержки, направленные на быстрое реагирование и оказание первой помощи. Такой подход способствует повышению эффективности оказания помощи в ЧС.

Таблица 1.3. Упоминания первых систем медицинской помощи в период XVII–IX вв.

Упоминание	Характеристика
XVII в.	Создание первых специальных медицинских отрядов. Первые шаги систематизации оказания помощи
1620 г.	Первые воинские уставы России. Установление юридических и организационных принципов работы лекарей
Русско-польская война (1654–1667 гг.)	Организация первых временных военных госпиталей по инициативе боярина Ф.М. Ртищева
Русско-турецкая война (1676–1681 гг.)	Открытие госпиталей в Рязанском, Новгородском, Суздальском, Смоленском и Казанском подворьях
Петровские реформы XVIII в. (1706–1707 гг.)	Строительство первого постоянного госпиталя в Москве. Создание целой системы госпитального дела. Система госпитального дела стала основой для развития не только военной, но и гражданской медицины в России, заложив фундамент современной системы здравоохранения
25 мая 1706 г.	Открытие первого постоянного военного госпиталя в Москве и начало систематического медицинского образования — открытие первой госпитальной школы (1707 г). Медико-хирургическая школа была рассчитана на 50 учеников. Бидлоу Н.Л. создал систему подготовки медицинских кадров, разработал такие учебные пособия, как «Зеркало анатомии», «Медико-практический сборник», «Инструкция для изучения хирургии в анатомическом театре», тем самым заложил основы российской военной медицины
Наполеоновская война (1796–1815 гг.)	Введение хирургом Домиником Ларреем понятия «полевая хирургия» и организация эвакуации раненых с поля боя на повозках
1870-е годы	Основание в Германии Санитарного союза Святого Иоанна для оказания первой помощи гражданским лицам. Союз занимался обучением оказанию первой помощи, что стало началом систематического обучения граждан оказанию помощи в повседневной жизни

Таблица 1.4. Исторические этапы формирования системы неотложной помощи от ранних форм до современности

Ранние формы помощи пострадавшим	
В древности помощь пострадавшим чаще всего оказывали хаотично и неорганизованно	Первые попытки систематизации
Древний Египет и Месопотамия	
При травмах и ранениях использовали перевязки, травы и примитивные хирургические методы	В египетской армии были «медики», которые в ходе военных кампаний оказывали помощь воинам
Древняя Греция и Древний Рим	
Во времена Гиппократ (V в. до н.э.) и Галена (II в. н.э.) были разработаны базовые принципы оказания помощи, такие как поддержание чистоты ран и наложение повязок	Созданы первые системы эвакуации раненых с полей сражений: легионеров, получивших травмы, доставляли в специальные лагеря, где им оказывали помощь
Средневековье	
В период крестовых походов (XI–XIII вв.) рыцари-госпитальеры и представители других духовно-рыцарских орденов организовывали госпитали для лечения раненых и больных	В мирное время систематической медицинской помощи практически не существовало
Зарождение скорой помощи как системы	
С началом Нового времени (XVII–XVIII вв.) войны, эпидемии и городская жизнь потребовали формирования более организованных способов помощи раненым и больным	
XVIII в. — «летучие кареты» Доминика Ларрея	
Доминик Ларрей — главный хирург армии Наполеона, считается основоположником современной скорой помощи. Разработал систему «летучих карет» (от франц. <i>ambulances volantes</i>) — легких повозок, которые могли быстро вывозить раненых с поля боя	Разработал принципы сортировки раненых (триажа): помощь в первую очередь оказывали тем, кто мог выжить при своевременном лечении

Становление гражданской скорой помощи

XIX в. стал поворотным моментом в истории оказания неотложной помощи. В 1832 г. в Вене впервые была применена карета скорой помощи для перевозки пострадавших во время эпидемии холеры. В 1865 г. американский врач Джаред Леман предложил использовать специальные повозки для перевозки больных в штате Нью-Йорк.