

МВД России

Федеральное государственное казённое учреждение
дополнительного профессионального образования
«Всероссийский институт повышения квалификации сотрудников
Министерства внутренних дел Российской Федерации»

*Филиал ВИПК МВД России
(г. Набережные Челны)*

И.А. Ахмадуллина

**ПАМЯТКА
СОТРУДНИКАМ ГИБДД
ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ,
ПОСТРАДАВШИМ В ДТП**

Домодедово
ВИПК МВД России
2016

Рецензенты: **С.А. Понкрашов** - заместитель начальника организационно-методического и лечебно-профилактического отдела - врач МСЧ МВД России по Брянской области кандидат медицинских наук;
А.Ф. Арсланов - начальник кафедры тактико-специальной и огневой подготовки Казанского юридического института МВД России кандидат педагогических наук, доцент;
Н.Н. Заболотская - доцент кафедры электроэнергетики и электроники Набережночелнинского института (филиала) Казанского (Приволжского) федерального университета кандидат медицинских наук.

А 95 Ахмадуллина И.А. Памятка сотрудникам ГИБДД по оказанию первой помощи лицам, пострадавшим в ДТП [Текст]: памятка. - Домодедово: ВИПК МВД России, 2016. - 53 с.

В работе рассматриваются организация, последовательность, а также основные особенности оказания первой помощи лицам, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях; порядок локализации характерных травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий; представлен алгоритм действий сотрудников ГИБДД по оказанию первой помощи пострадавшим лицам.

Предназначена в первую очередь для сотрудников подразделений ГИБДД МВД России, а также слушателей образовательных организаций системы МВД России.

Оглавление

Стр.

Введение.....	5
1. Теоретические и правовые аспекты оказания первой помощи лицам, пострадавшим в ДТП	6
1.1. Понятие о первой помощи	6
1.2. Правовые аспекты при оказании первой помощи	7
2. Первая помощь при ранениях и кровотечениях	8
2.1. Порядок действий при оказании первой помощи пострадавшим лицам	8
2.2. Ранения: виды, характеристика, правила оказания первой помощи.....	9
2.3. Кровотечения: виды, характеристика, способы остановки	11
2.4. Особенности оказания первой помощи при проникающих ранениях	13
2.5. Правила наложения повязок	15
3. Первая помощь при травмах	20
3.1. Травма: понятие, виды, характеристика	20
3.2. Травматический шок: понятие, фазы, неотложная помощь	22
3.3. Синдром длительного сдавления	24
3.4. Черепно-мозговая травма: симптомы, признаки, первая помощь	24
3.5. Первая помощь при других травмах	27
4. Принципы и методы реанимации.....	28
4.1. Понятие о жизни и смерти. Методы определения клинической и биологической смерти	28
4.2. Проведение реанимационных мероприятий.....	31
4.3. Способы реанимации при оказании первой помощи	33
4.4. Типичные ошибки при проведении реанимационных мероприятий.....	36

5. Первая помощь пострадавшим при воздействии критических температур.....	37
5.1. Ожоги	37
5.2. Обморожения	39
6. Извлечение пострадавших из транспортных средств, переноска и транспортировка раненых.....	41
6.1. Извлечение пострадавшего из транспортного средства	41
6.2. Правила переноски пострадавших на медицинских носилках..	43
6.3. Переноска пострадавшего на руках	45
6.4. Переноска пострадавшего с помощью подручных средств	47
6.5. Правила погрузки пострадавших на транспорт.....	48
Заключение	50
Литература	51

Введение

Проблема травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) является одной из наиболее актуальных в настоящее время: каждый день в ДТП получают травмы различной тяжести и гибнут десятки людей.

По данным Государственной инспекции безопасности дорожного движения (ГИБДД МВД России) в Татарстане количество ДТП снижается. Так, по сравнению с периодом за январь-апрель 2015 года за этот же период 2016 года показатели снизились на 6,8%, 11,8% и 7,5%, а именно: за январь-апрель 2016 года в регионе произошло около 1 тыс. 180 ДТП, в результате которых погибло 135 человек и пострадало около 1 тыс. 534 человек. В других субъектах Российской Федерации сложилась примерно такая же ситуация.

Как показывает опыт, жизнь пострадавших нередко зависит от качества оказанной им помощи в первые минуты после ДТП. В большинстве случаев первыми к месту происшествия приезжают сотрудники Дорожно-патрульной службы (ДПС), от знаний, умений и навыков которых зависит жизнь пострадавших.

Причиной смерти лиц, получивших травмы в ДТП, являются следующие факторы:

- несвоевременное оказание скорой помощи;
- повреждения, не совместимые с жизнью;
- бездействие или ошибочные действия свидетелей ДТП.

Оказание быстрой и компетентной первой помощи пострадавшим лицам дает возможность существенно снизить риск наступления летального исхода названных лиц, так как большинство владельцев транспортных средств и участников дорожного движения гибнут, как правило, не столько по причине опасных ранений, полученных во время дорожных происшествий, сколько из-за того, что свидетели происшедшего бездействовали, либо не знали, как оказать первую помощь.

В данном случае эта проблема стоит очень остро, так как в дорожно-транспортном происшествии решающую роль играет время с момента аварии, ведь именно от продолжительности этого времени зависит степень вероятности сохранения жизни пострадавшим лицам. Вот почему, оказывая первую помощь таким лицам, очень важно действовать быстро и грамотно, продумывая всё до мелочей.

1. Теоретические и правовые аспекты оказания первой помощи лицам, пострадавшим в ДТП

1.1. Понятие о первой помощи

В настоящей редакции Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ дается один лишь термин, обозначающий первую помощь, которую оказывают пострадавшим лица, не имеющие специального обучения или медицинского образования.

Статья 31. Первая помощь.

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

2. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Примерные программы учебного курса, предмета и дисциплины по оказанию первой помощи разрабатываются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и утверждаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4. Водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

В вышеназванном документе выделено, что первая помощь не может являться видом медицинской помощи, и должна оказываться пострадавшим лицам до приезда машины скорой медицинской помощи.

Необходимо отметить, что квалификация человека, который оказывает такую помощь, не имеет значения. По законодательству Российской Федерации квалифицированный доктор в свободное от работы время должен оказывать только первую помощь пострадавшим.

На месте происшествия первая помощь выполняется гражданами, не имеющими медицинского образования, также возможно в порядке само- и взаимопомощи. В целях предупреждения осложнений и гибели пострадавшего желательно, чтобы первая помощь была оказана незамедлительно, в предельно короткие сроки после происшествия до прибытия медицин-

ских работников, ведь основная задача в данном случае - спасение жизни пострадавшего и профилактика возможных осложнений.

Ниже представлены основные виды мероприятий при оказании первой помощи (табл. 1).

Таблица 1

Основные виды мероприятий при оказании первой помощи

<i>Незамедлительное оказание первой помощи в зависимости от вида травмы</i>
--

<i>Неотложное прекращение действия внешних факторов на пострадавшего и срочное перемещение из неблагоприятных условий</i>
--

<i>Вызов машины скорой медицинской помощи или организация срочной транспортировки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение</i>
--

Мероприятия (объем) первой помощи включают в себя:

- исследование места происшествия;
- перемещение из опасной зоны;
- временную остановку кровотечения;
- предупреждение шока и борьбу с ним;
- возобновление работы сердца и легких - проведение реанимации;
- наложение стерильной повязки на рану;
- транспортную иммобилизацию;
- заботу о собственной безопасности.

1.2. Правовые аспекты при оказании первой помощи

Как отмечалось, законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан устанавливает первую помощь как специальный вид помощи, которую пострадавшим оказывают лица, не имеющие медицинской подготовки, в зависимости от состояния и травм, полученных пострадавшими при ДТП, до прихода медицинского персонала. Такую помощь обязаны оказывать по закону или по специальному правилу лица, прошедшие специальное обучение по оказанию первой помощи. Как правило, лицами, устраняющими последствия дорожно-транспортных происшествий, и оказывающими первую помощь, являются сотрудники ГИБДД, сотрудники других служб, а также водители.

Правила дорожного движения Российской Федерации вменяют в обязанность водителям автомашин, причастным к ДТП, оказывать первую

помощь лицам, пострадавшим в ДТП. Так, согласно пункту 2.5 данных Правил за водителем, который причастен к ДТП, закреплена обязанность принять меры для оказания первой помощи пострадавшим, вызвать машину скорой медицинской помощи, в экстренных случаях - отправить пострадавших на попутном транспорте, а если это не представляется возможным, доставить на своем транспортном средстве в ближайшее лечебное учреждение, сообщить свою фамилию, регистрационный знак транспортного средства (с предъявлением документа, удостоверяющего личность, или водительского удостоверения и регистрационного документа на транспортное средство) и возвратиться к месту происшествия.

Таким образом, до приезда машины скорой медицинской помощи водитель, виновный в ДТП, обязан оказать первую помощь нуждающимся.

2. Первая помощь при ранениях и кровотечениях

2.1. Порядок действий при оказании первой помощи пострадавшим лицам

Порядок действий при оказании первой помощи пострадавшим лицам включает в себя основные мероприятия по оказанию первой помощи (табл. 2) и обследование состояния пострадавших.

Таблица 2

Основные мероприятия по оказанию первой помощи пострадавшим лицам



Для определения состояния пострадавшего, а также расположения и наличия возможных у него повреждений необходимо внимательно обследовать раненого.

Выделяют основные критерии состояния пострадавшего:

- 1) в сознании или в бессознательном состоянии;
- 2) дыхание (в норме должно быть 16-20 дыхательных движений в минуту);
- 3) кровообращение (в норме пульс - 60-80 ударов в минуту). Возможно определение пульса на сонной артерии. Пульс следует определять не более 10 секунд подушечками 4 пальцев руки.

При оказании первой помощи пострадавшим сотрудники ГИБДД обязаны использовать укладку для оказания первой помощи, утвержденную приказом Минздравсоцразвития от 10 августа 2011 г. № 905н, предназначенную для оказания первой помощи пострадавшим в ДТП сотрудниками ГИБДД МВД России.

2.2. Ранения: виды, характеристика, правила оказания первой помощи

Рана - механическое повреждение тканей организма с нарушением целостности покровов. Охарактеризуем ее тремя основными признаками: зиянием краев, зависящим от величины, глубины и локализации раны, болью и кровотечением, которые определены повреждением нервов и сосудов (табл. 3).

Таблица 3

Виды и характеристика ран

<i>Виды ран</i>	<i>Характеристика ран</i>
<i>Колотые раны</i> (шило, спицы и т.п.)	это небольшие наружные повреждения и частое отсутствие наружного кровотечения зачастую сочетаются с повреждениями внутренних органов и существенным внутренним кровотечением. Такие раны в чистом виде при ДТП наблюдаются сравнительно редко, чаще они сочетаются с другими видами ран.
<i>Резаные раны</i>	в истинном виде представляют собой разрез различной глубины и ширины с ровными краями. Самые опасные резаные раны - в области шеи и конечностей в проекции крупных артерий, так как эти раны приводят к сильному артериальному кровотечению.

<i>Колото-резаные раны</i>	выглядят как сочетание колотых и резаных ран с доминированием одного или иного компонентов.
<i>Рубленые раны</i>	как правило, такие раны получены вследствие рубящего действия острого тяжёлого предмета (топор) или от удара обломками разбитого при ДТП кузова автомобиля. Эти раны крайне опасны в результате большой глубины проникновения ранящего предмета в тело (вплоть до ранения головы или отсечения конечности).
<i>Ушибленные раны</i>	возникают вследствие ушиба или удара тупым предметом, что сопровождается существенной зоной размозжения тканей. В месте удара кожа может разорваться самым необычным способом; у раны неровные края, постепенно нарастает кровоподтёк.
<i>Рваные раны</i>	являются результатом ранения предметом неправильной формы с неровными краями. Сочетание рваных и ушибленных ран часто встречается при ДТП.

Общие правила и рекомендации при оказании первой помощи получившим ранения:

- поврежденная поверхность должна находиться в максимальном покое, для этого пострадавшего необходимо усадить или уложить;
- перед обработкой раны руки обязательно следует продезинфицировать антисептиком;
- необходимо защитить рану от попадания пыли, микробов, края раны обработать антисептиком, наложить стерильную повязку;
- при обработке раны не следует использовать лекарственные средства в виде порошков, аэрозолей, масляных растворов;
- при наличии в ране инородных предметов, удалять их должен только врач; если инородное тело из раны выступает, его необходимо закрепить бинтом к повязке перед транспортировкой пострадавшего;
- пострадавший, получивший ранения, нуждается в экстренном лечении в течение первых шести часов;
- транспортная иммобилизация;
- контроль самочувствия пострадавшего.

2.3. Кровотечения: виды, характеристика, способы остановки

Первая помощь при кровотечениях заключается в немедленной их остановке любым способом, так как кровотечения являются одной из основных причин смерти пострадавших. Кровотечения делятся на следующие виды (табл. 4).

Таблица 4

Виды и характеристика кровотечений

Виды кровотечений	Характеристика кровотечений
<i>Капиллярное кровотечение</i>	встречается при царапинах, ссадинах, порезах. Угрозы для жизни, как правило, небольшое кровотечение не представляет.
<i>Венозное кровотечение</i>	характеризуется небольшой скоростью и объемом кровопотери; кровь темно-вишневого цвета, вытекает равномерной струей. Такое кровотечение менее опасно, чем артериальное, однако ранение вен шеи является угрожающим для жизни из-за возможного засасывания в них воздуха и развития серьезных осложнений.
<i>Артериальное кровотечение</i>	оно - наиболее опасное, так как происходит большая потеря крови за короткое время. Признаком артериального кровотечения является алая пульсирующая струя (фонтанирует).
<i>Смешанное кровотечение</i>	кровотечение, при котором происходит одновременно капиллярное, артериальное и венозное кровотечение. Опасно из-за наличия артериального кровотечения.
В зависимости от характера травм кровотечения подразделяются на следующие виды:	
<i>наружное кровотечение</i>	характеризуется повреждением кожных покровов (кровь изливается наружу); • кровотечение из раны (артериальное, венозное, капиллярное, смешанное); • одежда пропитана кровью (алой, бурой); • кровь около пострадавшего; • симптомы кровопотери;
<i>внутреннее кровотечение</i>	возникает при травмах, полученных от удара тупым предметом - в области грудной клетки, живота проявляется повреждением внутренних органов - селезенки, легких, печени. Признаком внутреннего кровотечения является сочетание боли в месте травмы и признаков кровопотери;

<i>наружное</i> <i>скрытое</i> <i>кровотечение</i>	кровотечение из внутренних органов, например, из легких, желудка, кишечника, мочевого пузыря. Очевидные признаки вначале отсутствуют, есть косвенные признаки скрытого кровотечения.
---	--

Признаками кровопотери могут быть:

- резкая общая слабость;
- чувство жажды;
- головокружение;
- мелькание «мушек» перед глазами;
- обморок (чаще - при попытке встать);
- тошнота и рвота;
- бледная, влажная и холодная кожа;
- учащенный слабый пульс;
- частое дыхание.

Во время оказания первой помощи при кровотечениях следует использовать различные способы остановки кровопотери (табл. 5).

Таблица 5

Виды и способы остановки кровотечений

<i>Виды остановки кровотечений</i>	<i>Способы остановки кровотечений</i>
<i>Пальцевое прижатие артерии в ране или на ее протяженности</i>	при артериальном кровотечении из магистральной артерии необходимо прижать сосуд пальцами в соответствующих точках прижатия (в этих точках ощущаются удары пульса), наложить кровоостанавливающий жгут (пункт 1.1 Требований к комплектации) выше места повреждения, с указанием в записке времени наложения жгута, затем наложить на рану давящую повязку (пункты 1.2-1.4, 1.7 Требований к комплектации)
<i>Наложение давящей повязки</i>	эта повязка используется для остановки кровотечения из мелких артерий конечностей и головы. При этом бинт накладывается с усилием (давлением), для усиления давления можно использовать дополнительные бинты. Вариантом давящей повязки является давящая повязка с помощью жгута, используемая при ранениях шеи, сопровождающихся повреждением крупных сосудов. (пункты 1.2-1.3, 1.7 Требований к комплектации)
<i>Тугая тампонада раны</i>	используется для остановки артериального кровотечения при ранении конечностей, если нет возможности использовать другие способы (глубокая рана). Внимание: используется только при ранении конечностей!

<i>Наложение жгута различных конструкций</i>	производится только в случае ранения крупных артерий (область плеча и бедра), если квалифицированная медицинская помощь задерживается (пункт 1.1 Требований к комплектации)
<i>Максимальное сгибание конечности в суставе</i>	при этом способе происходит пережатие сосудов, следовательно, остановка кровотечения.

Основные правила наложения жгута:

- 1) следует накладывать только при артериальном кровотечении из плечевой и бедренной артерий;
- 2) необходимо накладывать между раной и сердцем, на расстоянии 5 см от раны. Нельзя накладывать жгут на среднюю треть плеча и на нижнюю треть бедра;
- 3) летом максимальная продолжительность жгута на ране после его наложения не должна превышать 1 часа;
- 4) зимой максимальная продолжительность жгута на ране после его наложения не должна превышать - 30 минут;
- 5) точное время наложения жгута необходимо указать в записке, которую следует поместить под жгут; также время можно написать на жгуте или на теле, например, зеленкой;
- 6) жгут должен быть на виду;
- 7) жгут на голое тело не накладывать, а только поверх одежды или тканевой прокладки;
- 8) необходимо утеплить конечность в холодное время года;
- 9) если максимальное время наложения жгута истекло, а квалифицированная помощь не может быть оказана вовремя, необходимо воспользоваться следующими правилами:
 - а) пальцевое прижатие артерии;
 - б) снять жгут на 15 минут;
 - в) по возможности сделать легкий массаж конечности;
 - г) затем наложить жгут чуть выше предыдущего места наложения, то есть на одно и то же место жгут дважды накладывать нельзя;
 - д) максимальное время повторных наложений жгута - 15 минут.
 Далее эти циклы при необходимости повторяются.

2.4. Особенности оказания первой помощи при проникающих ранениях

От вида проникающего ранения, общего состояния пострадавшего, правильности оказания первой помощи во многом зависит исход полученной травмы (см. табл. 6).

Таблица 6

Проникающие ранения: виды, симптомы, помощь

Виды	Симптомы	Помощь
<i>Проникающие ранения черепа</i>	Повреждаются твердая мозговая оболочка и вещество мозга, может наблюдаться его выбухание в раневое отверстие. В этом случае происходит потеря сознания, возможны: рвота, нарушение дыхания, сердечной деятельности и гипотония, психомоторное возбуждение, урежение частоты пульса.	Первая медицинская помощь заключается в наложении асептической повязки и введении обезболивающего средства.
<i>Проникающие ранения груди</i>	Повреждается плевра, и в плевральную полость попадает воздух (пневмоторакс). Пневмоторакс может быть закрытым, открытым и клапанным. Наиболее опасны для жизни открытый и клапанный пневмоторакс, при которых легкое не участвует в дыхании (спадает). В этом случае отмечаются: поверхностное дыхание, бледность кожи и слизистых оболочек. Общие признаки: кро-	1. При отсутствии в ране инородного предмета следует прижать ладонь к ране и закрыть в нее доступ воздуха. Если рана сквозная, закрыть входное и выходное раневые отверстия. 2. Закрыть рану воздухонепроницаемым материалом (герметизировать рану), зафиксировать этот материал повязкой или пластырем. 3. Придать пострадавшему положение «полусидя». Приложить холод к ране, подложив тканевую прокладку. 4. При наличии в ране инородного предмета зафиксировать его валиками из бин-

	вотечение из раны на грудной клетке с образованием пузырей, подсасывание воздуха через рану.	та, пластырем или повязкой. <i>Извлекать из раны инородные предметы на месте происшествия запрещается!</i> 5. Вызвать машину скорой медицинской помощи, обеспечить доставку пострадавшего в лечебное учреждение.
<i>Проникающие ранения живота</i>	Повреждаются органы брюшной полости, что приводит к развитию шока.	1. <i>Нельзя вправлять выпавшие органы в брюшную полость. Запрещено пить и есть!</i> Для утоления чувства жажды необходимо смачивать губы пострадавшего. 2. Вокруг выпавших органов положить валик из марлевых бинтов (защитить выпавшие внутренние органы). 3. Поверх валиков наложить асептическую повязку. Не прижимая выпавшие органы, прибинтовать повязку к животу. 4. Наложить холод на повязку. 5. Защитить пострадавшего от переохлаждения, укутать теплыми одеялами, одеждой.

2.5. Правила наложения повязок

На раны, места ожогов или отморожения накладывают бинтовые, ко-сыночные, лейкопластырные и сетчато-трубчатые повязки.

Начиная бинтование, необходимо сделать два-три тура (оборота) бинта для его закрепления. Бинт должен своей «спинкой» легко и ровно раскатываться и плотно облегать бинтуемую часть тела, не сдавливая ее (см. табл. 7).

Наложение повязок: место наложения и способ бинтования

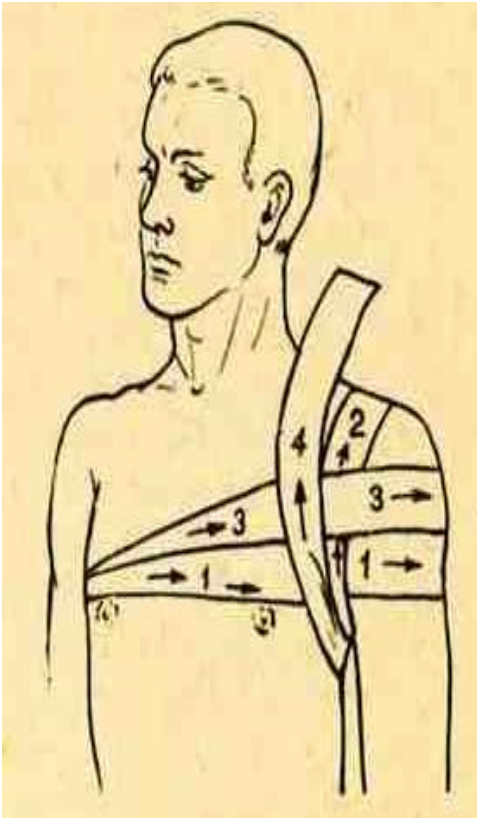
<i>Место наложения повязки</i>	<i>Способ бинтования</i>
<i>На плечо</i>	Делают спиральную повязку (рис. 1). Закрепив первые два-три тура выше локтя, продолжить бинтование вверх таким образом, чтобы каждый последующий тур бинта наполовину или на две трети закрывал предыдущий.  <i>Рис. 1. Спиральная повязка на плечо.</i>
<i>На предплечье или на голень</i>	Бинтовать снизу вверх и каждый тур начинать спирально, но с перегибом бинта, что обеспечит более плотное прилегание повязки к поврежденному месту.
<i>На локтевой сустав или на кисть</i>	Рекомендуется крестообразная (8-образная) повязка, которая не спадает и не препятствует нормальному кровообращению (рис.2).

	 Рис. 10. Повязки: а — спиральная на палец; б — крестообразная на кисть; в — спиральная на локтевой сустав.
	Рис. 2. Крестообразная повязка на локтевой сустав или на кисть.
На запястье или нижнюю треть голени	Рекомендуется круговая, или циркулярная, повязка, при которой туры бинта покрывают друг друга.
На коленный или локтевой сустав	Бинтовать следует также крестообразно, но туры бинта должны пересекаться на сгибательной поверхности сустава (в локтевой или коленной ямке).
На палец руки	Накладывают спиральную повязку: после двух-трех циркулярных туров вокруг запястья бинт шириной 3-4 см по тыльной поверхности кисти вести к кончику пальца, затем спиралевидно по направлению к основанию пальца, после чего бинт опять через «тыл» кисти подвести к запястью и закрепить (как на рисунке 2). Так можно забинтовать по очереди все пальцы руки. Если надо тщательно закрыть кончик пальца, делают «возвращающуюся» повязку: полоса бинта идет сначала по тыльной стороне пальца, затем нужно перегнуть бинт на кончике пальца, закрыть его ладонную поверхность, после чего укрепить повязку поперечными турами бинта вокруг пальца.
На кисть	Для бинтования кисти, особенно сразу четырех пальцев, кроме большого, применяют такую же «возвращающуюся» повязку, но бинт берут шириной 9-10 см.
На голеностопный сустав	Первые туры бинта закрепить выше лодыжки, затем вести бинт по подъему к пальцам, перегнуть два-три раза туда и обратно и зафиксировать поперечными турами вокруг стопы. Закрепить бинт над лодыжкой (рис.3).

	Рис. 14. Восьмиобразная повязка на голеностопный сустав. Рис. 13. Повязка на область пятки. Рис. 3. Восьмиобразная повязка на голеностопный сустав.
<i>Косыночная повязка</i>	Применяется, когда нет марлевого бинта. При наложении повязки, например, на кисть, руку помещают в центре косынки ладонью вниз, пальцами к верхушке косынки, затем верхушкой закрывают кисть с тыльной поверхности, а концы завязывают узлом на запястье, также делают косыночную повязку на стопу (рис.4). Рис. 4. Косыночные повязки.
<i>Лейкопластырная повязка</i>	Удобно фиксирует ватно-марлевые подушечки, когда нужно закрыть небольшую рану, особенно при повреждениях мягких тканей лица. Полоски пластыря выкраивают разной формы и величины в зависимости от места повреждения, но так, чтобы длина поверхности

пластырной ленты, которая крепится к коже, составляла около 4 см (рис. 5). На волосистые части тела лейкопластырь накладывать не рекомендуется.

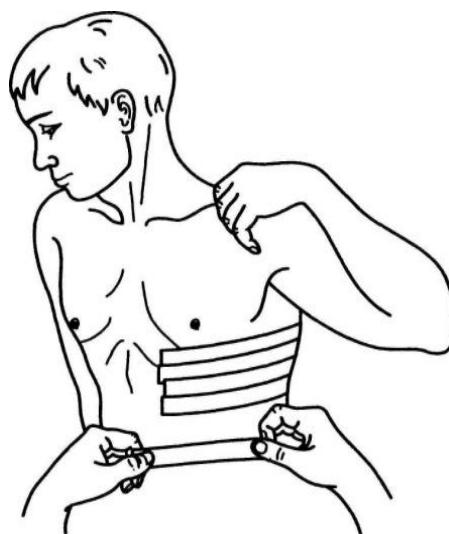


Рис. 5. Лейкопластырная повязка

Сетчато-трубчатые повязки

Благодаря своей эластичности надежно фиксируют ватно-марлевые подушечки на поврежденной части тела (рис. 6). Имеется семь размеров сетчато-трубчатых бинтов; их диаметр в свободном состоянии - от 1 до 5 см.

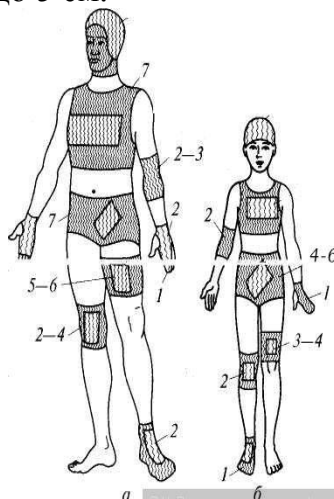


Рис. 6. Сетчато-трубчатые повязки

3. Первая помощь при травмах

3.1. Травма: понятие, виды, характеристика

Травма (повреждение) - это нарушение анатомической целостности или физиологической функции тканей и органов тела под воздействием факторов внешней среды, подразделяющихся на физические, химические, биологические и психические.

Под **транспортными повреждениями** понимают повреждения, полученные в результате действия на организм человека движущегося транспортного средства или при выпадении из него.

Травмы (транспортные повреждения) бывают:

1) *автомобильные*: автомобильные (грузовые и легковые автомобили); тракторные (гусеничные и колесные трактора); мотоциклетные (мотоциклы с коляской, мотоциклы без коляски);

2) *железнодорожные* (электровоз, тепловоз, железнодорожный вагон, трамвай);

3) *авиационные* (самолет, вертолет);

4) *воднотранспортные* (речные и морские суда, катера, яхты).

Чаще других встречаются автомобильные травмы (повреждения).

Типичные травмы, полученные пострадавшими в результате ДТП:

1) отпечатки на коже от радиатора, решеток, ободов фар;

2) отпечатки от протектора на коже;

3) бампер-переломы, полученные в зависимости от высоты бампера от дорожного покрытия. При ударах бампером легковой автомашины ломаются поперек кости голеней, современных грузовых машин - бедра, таз;

4) множественные двусторонние двойные переломы ребер, часто приводящие к уплощению грудной клетки, возникающие при перекатывании колес через грудь;

5) переломы костей свода и основания черепа, уплощение головы, которые наблюдаются при перекатывании колес через голову;

6) отслоение кожи, образование «карманов», заполненных кровью, образующиеся при перекатывании колес через грудь, спину, конечности. При ударе автомашиной и отбрасывании ею жертвы возникают повреждения, связанные с ударом, падением: ссадины, кровоподтеки, ушибленные раны, переломы костей, повреждения внутренних органов - разрывы, разможжения (см. табл. 8).

Виды и характеристика повреждений

Виды повреждений	Характеристика повреждений
<i>Ссадина</i>	Нарушение целостности эпидермиса, не проникающее глубже сосочкового слоя кожи.
<i>Кровоподтек</i>	Скопление крови в подкожно жировой клетчатке, в полостях тела или между слоями тканей, возникающее в результате разрыва сосудов и внутреннего кровотечения. На некоторых участках тела кровоподтеки локализуются на удалении от места травмы.
<i>Вывих</i>	Полное и стойкое смещение костей в суставах. Сопровождается припухлостью, кровоподтеком, сильной болью и изменением формы сустава, который теряет подвижность, а конечность принимает неестественное положение.
<i>Перелом</i>	Частичное или полное нарушение целостности кости в результате удара, падения и т.п. Переломы костей могут быть закрытыми, когда кожа на месте перелома не повреждена, и открытыми, которые сопровождаются разрывом мышц, сосудов, нервов и кожи. Признаки: боль в области перелома, усиливающаяся при движении, припухлость, кровоподтек, нарушение нормальной функции конечности и изменение ее формы (проявляется в виде деформации в области перелома). Если перелом без смещения, и деформация конечности не видна, кость может хрустеть в месте перелома при прощупывании.
<i>Растяжение</i>	Повреждение мягких тканей (связок, мышц, сухожилий, нервов) под влиянием силы, не нарушающей их целостности. Признаки: появление внезапных сильных болей, припухлости, нарушение движений в суставах, кровоизлияние в мягкие ткани; при ощупывании места растяжения возникает болезненность.
<i>Ушиб</i>	Закрытое повреждение тканей и органов без существенного нарушения их структуры: - при ушибе сустава (например, коленного) через несколько часов после травмы его объем увеличивается, нарушается функция, усиливается боль (особенно при движениях). Нога в этом случае слегка согнута, ее разгибание резко болезненно; - при ушибе головы может отмечаться лишь незначительная припухлость («шишка»). Если травма сопровождалась потерей сознания, слабостью, тошнотой, рвотой и прочим, очевидно, произошло сотрясение или даже ушиб головного мозга; - при ушибе шеи, кроме повреждения мягких тканей, мо-

	жет вторично нарушаться кровоснабжение головного мозга; - при ушибе спины (позвоночника) может нарушаться кровообращение спинного мозга (отмечается снижение чувствительности в конечностях, нарушение функции мышц и т.п.); - при ушибе грудной клетки могут отмечаться только местные изменения в поверхностных мягких тканях, но при сильном ударе, например, в результате падения, может нарушаться дыхание, при ударах в область сердца возможна его остановка; - при ушибе живота возможно повреждение внутренних органов (разрыв печени, селезёнки), сопровождающееся внутренним кровотечением).
--	--

3.2. Травматический шок: понятие, фазы, неотложная помощь

Травматический шок - это ответная реакция генерализованного характера на тяжелую механическую травму. Поскольку такие травмы практически всегда сопровождаются сильной кровопотерей, травматический шок условно называют *осложненным геморрагическим шоком* (табл. 9).

Таблица 9

Фазы и признаки фаз травматического шока

Фазы травматического шока	Признаки фаз травматического шока
<i>Эректильная</i> (фаза возбуждения)	- двигательное и психоэмоциональное возбуждение; - бегаящий беспокойный взгляд; - повышенная чувствительность к раздражителям; - бледность кожных покровов; - учащённое поверхностное дыхание; - учащенный пульс; - повышение артериального давления.
<i>Торpidная</i> (фаза торможения)	- возбуждение сменяется торможением, что свидетельствует об утяжелении шоковых изменений: - нитевидный пульс; - снижение артериального давления до показателей ниже нормы вплоть до коллапса; - нарушение сознания; - малоподвижность или неподвижность, безучастность к окружающему.

Стадии торпидной фазы травматического шока

<i>Степень торпидной фазы</i>	<i>Признаки</i>
<i>I степень</i>	Легкий ступор (обездвиженность), пульс - до 100 уд/мин, систолическое артериальное давление - не менее 90 мм рт. ст., мочеотделение не нарушено. Кровопотеря - 15-25% от ОЦК.
<i>II степень</i>	Ступор, пульс - до 120 уд/мин, систолическое артериальное давление - не менее 70 мм рт. ст., уменьшение количества мочи (олигурия). Кровопотеря - 25-30% от ОЦК.
<i>III степень</i>	Больной не реагирует на окружающую обстановку, не выполняет никаких заданий, не отвечает на вопросы, пульс - более 130-140 уд/мин, систолическое артериальное давление - не более 50-60 мм рт. ст., мочеотделение отсутствует. Кровопотеря - более 30% от ОЦК.
<i>IV степень</i>	Кома: пульс на периферии не определяется, потеря сознания, резкое ослабление или отсутствие реакции на внешние раздражения, угасание рефлексов до полного их исчезновения, нарушение глубины и частоты дыхания, учащение или замедление пульса, систолическое артериальное давление - менее 40 мм рт. ст. Кровопотеря - более 30% от ОЦК. Такое состояние следует расценивать как терминальное состояние.

Неотложная помощь при травматическом шоке:

- 1) придать пострадавшему горизонтальное положение;
- 2) устранить любое продолжающееся наружное кровотечение. При истечении крови из артерии наложить жгут на 15-20 см выше места кровотечения; при венозном кровотечении потребуются давящая повязка на место повреждения;
- 3) при шоке I степени и отсутствии повреждения органов брюшной полости дать пострадавшему горячий чай, теплую одежду, обернуть одеялом;
- 4) если пострадавший без сознания необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей. При отсутствии спонтанного дыхания требуется искусственное дыхание «рот в рот» или «рот в нос», а если при этом отсутствует еще и сердцебиение, то - срочную сердечно-легочную реанимацию;
- 5) срочно доставить в ближайшее медицинское учреждение транспортабельного пострадавшего с тяжелыми повреждениями.

3.3. Синдром длительного сдавления

Синдром длительного сдавления возникает вследствие продолжительного нарушения кровоснабжения сдавленных мягких тканей (табл. 10).

Таблица 10

Синдром длительного сдавления

Форма сдавления	Периоды сдавления	Помощь
<i>Легкая форма</i> (сдавление сегмента конечности в течение 4 часов)	1) период нарастания отека и сосудистой недостаточности, продолжающийся 1-3 дня (отмечают боль в ноге и невозможность движений, слабость, тошноту. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, отмечается небольшая тахикардия, артериальное давление - в пределах нормы; 2) период острой почечной недостаточности, продолжающийся с 3-го по 9-12-й день; 3) период выздоровления.	1) обязательное наложение жгута на сдавленную конечность выше поврежденного места; 2) иммобилизация конечности; 3) холод на поврежденный участок.
<i>Средняя форма</i> сдавления всей конечности в течение 6 часов)		
<i>Тяжелая форма</i> (сдавление всей конечности в течение 7-8 часов)		
<i>Крайне тяжелая форма</i> (2 конечности в течение 6 часов)		

3.4. Черепно-мозговая травма: симптомы, признаки, первая помощь

Черепно-мозговая травма по своей сути является одним из немногих состояний, при которых каждая минута оказания помощи ценится буквально на вес золота. Экстренность оказания первой помощи определяет для пострадавшего последующее выздоровление при отсутствии тяжелых последствий.

Симптомы черепно-мозговой травмы.

Черепно-мозговая травма, первая помощь при которой носит столь серьезный характер, возникает с повреждением костей черепа и внутричерепных структур, к которым, в частности, относятся: головной мозг,

черепные нервы, оболочки мозга и сосуды. Повреждения происходят при ДТП, а также при ударах по голове и падениях с высоты.

Основные признаки, указывающие на наличие черепно-мозговой травмы, следующие:

- сонливость;
- общая слабость;
- головная боль;
- потеря сознания;
- головокружение;
- тошнота, рвота;
- амнезия.

Внешние проявления черепно-мозговой травмы представлены следующим образом (рис. 7):

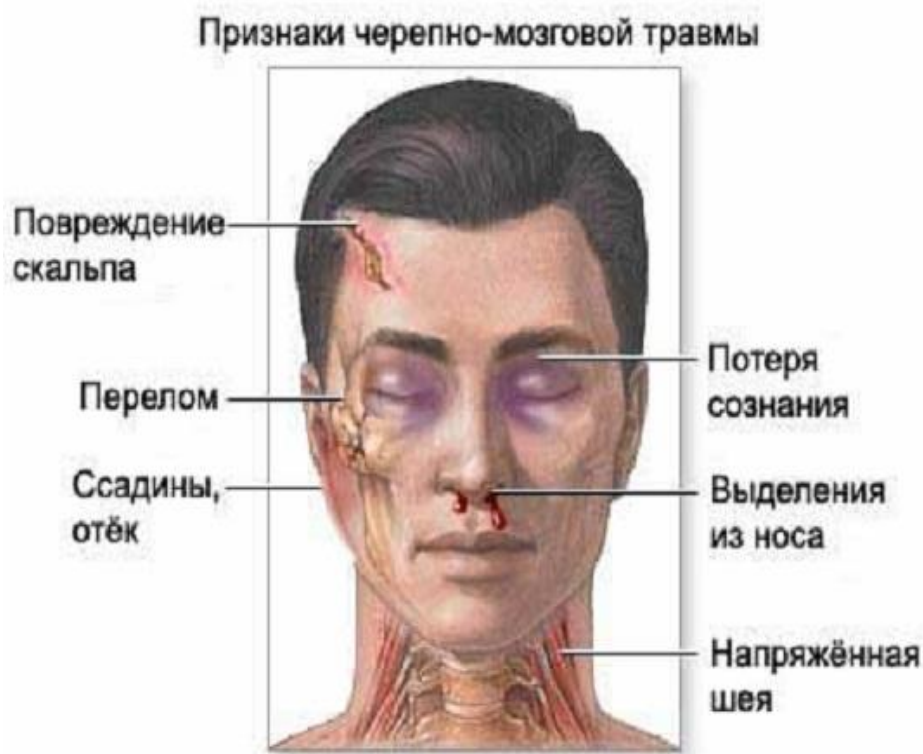


Рис. 7. Внешние проявления черепно-мозговой травмы.

Ниже приведены признаки основных видов закрытых черепно-мозговых травм в остром периоде (см. табл. 11).

**Признаки основных видов закрытых черепно-мозговых травм
в остром периоде**

<i>Сотрясение мозга</i>	<i>Ушиб мозга</i>	<i>Сдавление мозга</i>
Макроструктурных изменений нет, только отек. Признаки: - потеря сознания (амнезия); - ретроградная амнезия - потеря памяти на предшествующие события. Общемозговые симптомы: - голов боли; - тошнота; - неустойчивый сон; - лицо бледное или ярко-розовое; - пульс нормальный или частый; - АД не изменено; - непроизвольное подергивание глазного яблока (нистагм).	Макроструктурно: раз- мозжение вещества го- ловного мозга. Признаки: - головная боль, - головокружение, - тошнота; - рвота, иногда повтор- ная, но может быть и многократная; - амнезия <i>до и после травмы.</i>	Травматическая гематома: скопление крови над твердой мозговой обо- лочкой; скопление крови под твердой оболочкой. Признаки: - первичная потеря со- знания в момент травмы, «светлый промежуток» (мозговые синдромы прошли, а очаговые еще не наступили); - человек приходит в сознание. Бывает, что «светлый промежуток» не проходит (состояние глубокого сна). Бывает, что «светлый промежу- ток» длится от несколь- ких минут до нескольких дней; - головная боль; - психомоторное воз- буждение; - вторичная потеря со- знания; - расширение зрачка на стороне поражения.

Первая помощь при черепно-мозговой травме:

- пострадавший укладывается на спину, при этом контролируется его общее состояние (дыхание, пульс);
- при отсутствии сознания у пострадавшего его необходимо уложить набок, что позволяет исключить попадание рвотных масс в дыхательные пути в случае возникновения у него рвоты, а также - возможность западания языка;

- непосредственно на рану накладывается повязка;
- открытая черепно-мозговая травма предусматривает необходимость в обкладывании бинтами краев раны, после чего уже накладывается сама повязка.

Обязательными условиями для вызова скорой медицинской помощи являются следующие проявления данного состояния:

- обильное кровотечение;
- кровотечение из ушей и из носа;
- сильная головная боль;
- отсутствие дыхания;
- спутанность сознания;
- потеря сознания на время более нескольких секунд;
- нарушение равновесия;
- слабость рук или ног, невозможность подвижности той или иной конечности;
- судороги;
- многократная рвота;
- нечеткость речи.

Недопустимые действия при черепно-мозговой травме:

- принятие пострадавшим сидячего положения;
- поднятие пострадавшего;
- пребывание пострадавшего без присмотра;
- исключение необходимости обращения к врачу.

3.5. Первая помощь при других травмах

Задача первой помощи - уменьшить боль, обеспечить раненому полный покой, а главное - не допустить повреждения мягких тканей (мышц, сухожилий), окружающих место перелома.

Первая помощь при переломах костей:

- пострадавшего следует успокоить, уложить, дать обезболивающее средство (анальгин) и создать неподвижность поврежденной конечности;
- оказывая помощь *при закрытых переломах*, не следует без особой необходимости снимать одежду, обувь с поврежденной части тела - одежду лишь разрезают в нужном месте;
- *при открытых переломах* после остановки кровотечения на рану накладывается стерильная повязка.

Внимание: костные отломки не вправлять и не удалять!

Первая помощь при растяжении связок:

- необходимо обеспечить покой для конечности на 1-2 дня, при очень сильном растяжении - необходима нежесткая иммобилизация сустава на несколько дней; при полном разрыве связок - жесткая иммобилизация при помощи гипса на несколько недель;

- следует прикладывать лед через полотенце к растянутым связкам в первые 2-3 суток, но не больше чем на 20 минут каждые 3-4 часа;

- делается компресс при помощи эластичного бинта, но не следует перевязывать больное место слишком туго, чтобы конечность не немела и не приобретала ненормальный (бледный, синюшный) цвет;

- необходимо поднять конечность: лежа - класть конечность на отдельную подушку; сидя, при растяжении ноги, - класть ногу на отдельный стул;

- при необходимости принять безрецептурные обезболивающие (аспирин, парацетамол и т.д.).

Первая помощь при вывихах:

1) необходимо закрепить пострадавшую конечность так, чтобы не изменить положения вывихнутого сустава, для чего наложить фиксирующую повязку «Косынка» или шину; можно прибинтовать руку к туловищу;

2) к месту вывиха нужно приложить пузырь со льдом, либо смоченное в холодной воде полотенце;

3) необходимо как можно скорее доставить пострадавшего в ближайшую больницу, так как вывих должен быть немедленно вправлен.

Внимание: вправление суставных концов производится только врачом!

4. Принципы и методы реанимации

4.1. Понятие о жизни и смерти. Методы определения клинической и биологической смерти

Каждый сотрудник Дорожно-патрульной службы (ДПС) должен знать мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего (прил. № 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. № 477н):

- 1) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- 2) выдвижение нижней челюсти;
- 3) определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
- 4) определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.

Ниже приведены основные показатели признаков жизни человека (табл. 12).

Таблица 12

Основные показатели признаков жизни человека

1. Сердцебиение	Определяют на слух, приложив ухо к левой половине грудной клетки человека.
2. Пульс (60-80 ударов в минуту)	Наиболее удобно определять пульс на лучевой, сонной и бедренной артериях. Для определения пульса на сонной артерии необходимо положить пальцы на переднюю поверхность шеи в области хрящей гортани и переместить пальцы вправо или влево. Бедренная артерия проходит в области паховой складки. В критических ситуациях, когда пострадавший находится без сознания, определять пульс необходимо только на сонных артериях. Сонная артерия - одна из крупнейших в организме человека и определить пульс на ней возможно даже при самом низком давлении.
3. Дыхание (16-18 дыхательных движений в минуту)	Дыхание определяют по движению грудной клетки и живота. В случае, когда невозможно определить движение грудной клетки, при очень слабом поверхностном дыхании, наличие дыхания определяют, поднеся ко рту или носу пострадавшего зеркало, которое от дыхания запотеет. При отсутствии зеркала можно использовать любой блестящий холодный предмет (часы, очки, лезвие ножа, осколок стекла и др.). При отсутствии указанных предметов можно использовать нитку, которая будет колебаться в такт дыханию.
4. Реакция роговицы глаза на раздражение	Роговица глаза является очень чувствительным образованием, богатым нервными окончаниями, при минимальном ее раздражении возникает реакция век - моргательный рефлекс. Для этого к глазу аккуратно прикасаются кончиком носового платка (не пальцем!), если человек жив - веки моргнут.
5. Реакция зрачков на свет	Зрачки живого человека реагируют на свет - сужаются, а в темноте - расширяются. В светлое время суток реакцию зрачков на свет определяют следующим образом: если человек лежит с закрытыми глазами, то поднимают ему веки - зрачки сузятся; если человек лежит с открытыми глазами, то закрывают глаза ладонью на 5-10 секунд, а затем ладонь убирают (зрачки должны сузиться). В темное время суток необходимо осветить глаз источником света, например, фонариком. Реакцию зрачков на свет необходимо проверять на обоих глазах, так как один глаз может быть искусственным.

6. Набухание вен конечностей при перетягивании	Если сердце человека работает, то кровь циркулирует по сосудам. При перетягивании конечности каким-либо подручным материалом вены ниже места перетягивания набухают, что свидетельствует о наличии кровообращения в организме. Необходимо отметить, что данная методика далеко не всегда применима: во-первых, не всегда есть под рукой материал, которым можно перетянуть верхнюю конечность; во-вторых, если артериальное давление у пострадавшего низкое, вены могут и не набухнуть.
---	---

В заключение необходимо отметить, что судить о наличии или отсутствии признаков жизни у человека можно только по совокупности перечисленных признаков.

Клиническая смерть - обратимый этап умирания, переходный период между жизнью и смертью. На данном этапе прекращаются деятельность сердца и процесс дыхания, полностью исчезают все внешние признаки жизнедеятельности организма. При этом кислородное голодание не вызывает необратимых изменений в наиболее чувствительных органах и системах. Данный период в среднем продолжается не более 3-4 минут, максимум - 5-6 минут (при исходно пониженной или нормальной температуре тела).

К признакам клинической смерти относятся: кома, апноэ, асистолия. Эти состояния характерны для раннего периода клинической смерти, когда с момента асистолии прошло несколько минут, и не распространяются на те случаи, когда уже имеются отчетливые признаки биологической смерти. Чем меньше период между констатацией клинической смерти и началом проведения реанимационных мероприятий, тем больше шансов на жизнь у больного.

Кома диагностируется на основании отсутствия сознания и по расширенным зрачкам, не реагирующим на свет.

Апноэ (отсутствие дыхания) регистрируется визуально, по отсутствию дыхательных движений грудной клетки.

Асистолия (отсутствие сердцебиения) регистрируется по отсутствию пульса на 2 сонных артериях. Перед определением пульса рекомендуется провести пострадавшему искусственную вентиляцию легких.

Биологическая смерть представляет собой необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях человека.

К ранним признакам биологической смерти относятся:

- 1) отсутствие реакции глаз на раздражение (надавливание);

2) помутнение роговицы, образование треугольников высыхания (пятен Лярше);

3) появление симптома «кошачьего глаза»: при боковом сдавлении глазного яблока зрачок трансформируется в вертикальную веретенообразную щель, похожую на кошачий зрачок.

В дальнейшем обнаруживаются трупные пятна с локализацией в отлогих местах тела, затем возникают: трупное окоченение, трупное расслабление, трупное разложение. Трупное окоченение и трупное разложение обычно начинаются с мышц лица, верхних конечностей. Происходит снижение температуры тела до температуры окружающей среды.

4.2. Проведение реанимационных мероприятий

Показания для проведения реанимации следующие:

- отсутствие сознания;
- отсутствие самостоятельного дыхания, выраженный цианоз;
- отсутствие кровообращения (целесообразнее в такой ситуации проверять пульс на сонных артериях).

Если пульс не определяется на сонных артериях, возможно, произошла остановка кровообращения.

Очень важны порядок и последовательность выполнения реанимационных мероприятий.

Первый этап - обеспечение циркуляции крови (обеспечивается непрямой массаж сердца). Пострадавшего уложить на жесткую поверхность. Правильно проводимый непрямой массаж сердца (путем движения грудной клетки) обеспечивает мозг минимально необходимым количеством кислорода, пауза для искусственного дыхания ухудшает снабжение мозга кислородом, поэтому спасателю следует дышать не менее чем через 30 нажатий на грудину пострадавшего, или не прерываться на проведение вдоха больше 10 секунд. Руки спасателя должны располагаться в нижней трети грудины пострадавшего. Руки не сгибать в локтях. Прогиб грудины пострадавшего составляет 4-5 см. Время проведения сердечно-легочной реанимации пострадавшему - не менее 30-40 минут или до прибытия медицинских работников.

Второй этап - проходимость воздуха (обеспечение проходимости дыхательных путей). Осмотреть у пострадавшего полость рта - при наличии рвотных масс, ила, песка удалить их, то есть обеспечить доступ воздуха в легкие, затем необходимо провести тройной прием Сафара: запрокинуть голову, выдвинуть нижнюю челюсть и приоткрыть рот.

Третий этап - искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Дыхание спасатель проводит мешком Амбу. Дыхание «изо рта в рот» опасно

инфицированием, в связи с этим необходимо использовать салфетки (табл. 13).

Прекардиальный удар.

Показание для проведения прекардиального удара: остановка кровообращения у больного, произошедшая в Вашем присутствии, в случае если прошло менее 10 секунд. Противопоказание: возраст ребенка менее 8 лет, масса тела - менее 15 кг.

Пострадавшего необходимо уложить на твердую поверхность, затем спасателю следует положить указательный палец и средний палец на мечевидный отросток пострадавшего и далее ребром сжатой в кулак ладони ударить пострадавшего по груди в ту область, которая находится выше пальцев спасателя, при этом локоть руки, наносящей удар, должен быть направлен вдоль туловища пострадавшего. Если после этого у больного не появился пульс на сонной артерии, то целесообразно переходить к непрямому массажу сердца.

Таблица 13

Сердечно-легочная реанимация (СЛР)	
Показания к проведению СЛР (клиническая смерть): •отсутствие пульса на сонных артериях; •отсутствие самостоятельного дыхания, выраженный цианоз; •отсутствие реакции зрачков на свет.	Показания к прекращению СЛР: • восстановление самостоятельного дыхания и сердцебиения; • появление размягчения глазного яблока - «кошачий глаз»; • отсутствие реакции глаза на раздражение (надавливание); • помутнение роговицы, образование треугольников высыхания (пятна Лярше); • появление трупных пятен.
Критерии эффективности СЛР: •порозовение кожи и видимых слизистых оболочек; •появление пульса на сонной артерии; •появление реакции зрачков на свет.	Техника проведения закрытого массажа сердца. Положить ладонь одной руки на мечевидный отросток грудины пострадавшего, а ладонь другой руки - на первую руку. Прижать грудину к позвоночнику примерно на 4-5 см (для взрослых!). Зафиксировать грудину пострадавшего в этом положении на ½ секунды и быстро отпустить. Компрессия должна производиться с частотой не менее 100 в минуту, по возможности - ритмично.
Внимание: разгиб головы не проводят детям и при по-	Обеспечение проходимости дыхательных путей.

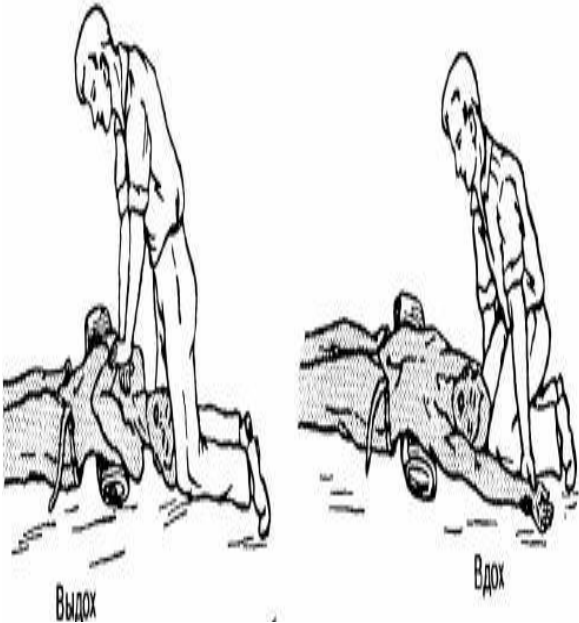
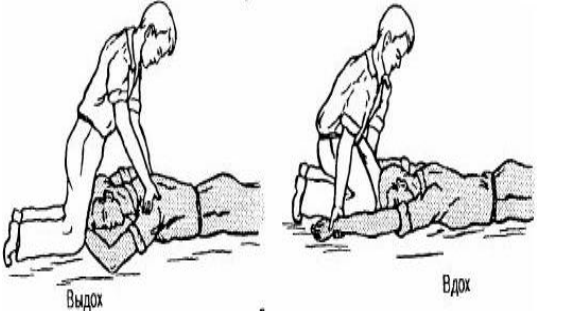
<i>вреждении шейного отдела позвоночника.</i> Контролем правильности проведения ИВЛ является: • экскурсия грудной клетки: раздувание при вдохе и спадание при выдохе.	Необходимо удалить инородные предметы, рвотные массы и т.д. Уложить больного на спину на твердую поверхность и сделать пострадавшему «тройной прием Сафара»: максимально запрокинуть голову; выдвинуть вперед нижнюю челюсть; открыть рот. Искусственная вентиляция легких. Раздуть легкие пострадавшему. Использовать барьеры для защиты: носовой платок, специальные пленки и маски, имеющиеся в аптечке автомобилиста. ИВЛ можно проводить тремя способами: - «изо рта в рот»; - «изо рта в нос» - при спастическом сжатии нижней челюсти и травмах нижней челюсти; - «изо рта в рот и нос» - детям до 3 лет. При проведении ИВЛ способом «изо рта в рот» спасатель делает глубокий вдох, зажимает нос пострадавшему, герметично обхватывает губы пострадавшего и производит выдох, затем разжимает нос, отстраняется для проведения пострадавшим пассивного выдоха. Как только грудная клетка больного опустится и примет первоначальное положение, спасателем делается второй вдох. <i>Частота дыхания 12-16 раз в минуту.</i>
<i>Встать на колени сбоку от больного (если он на полу) или во весь рост (если он на каталке). Сделать 2 вдувания воздуха в легкие больного, затем 30 компрессий на грудину. Чередовать в ритме 2:30 до конца проведения СЛР.</i>	

4.3. Способы реанимации при оказании первой помощи

Еще раз обратим внимание на то, что проведение СРЛ сопровождается искусственной вентиляцией легких, что приводит к более эффективному улучшению состояния пострадавшего (см. табл. 14).

Искусственная вентиляция легких: способы, показания, методы проведения

Способы ИВЛ	Показания	Методы проведения
<i>ИВЛ «изо рта в нос»</i>	Проводится: - при оказании помощи утопающему (если реанимацию проводят в воде); - при переломах шейного отдела позвоночника (когда противопоказано запрокидывание головы назад); - когда невозможно провести эффективное дыхание способом «изо рта в рот» (рис. 8)	 <i>Рис. 8. ИВЛ способом «Изо рта в нос».</i>
<i>ИВЛ с помощью мешка Амбу, ручного респиратора, воздуховода</i>	Проводится в случае, когда оказание помощи способами «изо рта в рот» и «изо рта в нос» опасно для спасающего (например, при полиомиелите, бешенстве, отравлении токсичными газами) (рис. 9).	 <i>Рис. 9. ИВЛ с помощью мешка Амбу, ручного респиратора, воздуховода.</i>

<i>ИВЛ способом Сильвестра</i>	Проводится при невозможности оказания помощи другим способом; - при астматическом состоянии пострадавшего.	 <i>Рис. 10. ИВЛ способом Сильвестра.</i> Пострадавшего укладывают на спину на твердую поверхность, с повернутой в сторону головой; под лопатки пострадавшему кладут плотный валик. Спасатель берет руки больного за запястья, сильно прижимая руки пострадавшего к его грудной клетке, делая таким образом пострадавшему «выдох», затем руки больного разводит широко в стороны и заводит за его голову, почти прижимая к земле, - таким образом пострадавшему делается «вдох» (рис. 10).
<i>ИВЛ способом Холгер-Нильсена</i>	Это самый эффективный из ручных способов ИВЛ.	 <i>Рис. 11. ИВЛ способом Холгер-Нильсена.</i>

		Пострадавшего укладывают на твердую поверхность на живот, повернув его голову в сторону, затем сгибают его руки в локтях и одну кисть располагают на другой ладонями вниз. «Выдох» пострадавшему производят, надавливая на его грудную клетку в области лопаток и наклоняясь при этом вперед. «Вдох» осуществляют, вытягивая вперед сложенные руки пострадавшего, не отрывая их от поверхности земли (рис. 11).
<i>Ручные способы противопоказаны пострадавшим, у которых имеются переломы ребер, выраженная обструкция дыхательных путей, а также переломы верхних конечностей.</i>		

В соответствии с утвержденными требованиями к комплектации медицинскими изделиями аптек (укладок, наборов, комплектов) для оказания первой помощи (приказ Минздрава России от 7 ноября 2012 г. № 586н) сотрудники ГИБДД проводят сердечно-легочную реанимацию пострадавшему до появления у последнего признаков жизни.

4.4. Типичные ошибки при проведении реанимационных мероприятий

При проведении реанимационных мероприятий возможны тактические или технические ошибки.

Остановимся на типичных ошибках - это:

- несвоевременно сделанная СЛР, то есть потеря времени на второстепенные диагностические, организационные и лечебные процедуры;
- отсутствие руководителя, присутствие посторонних лиц;
- неправильная техника проведения закрытого массажа сердца: недостаточная частота компрессий (менее 100 в минуту) и их недостаточная глубина (менее 4-5 см);
- задержка с началом проведения компрессий грудной клетки или их перерывы в связи с проведением ИВЛ, повторными попытками интубации трахеи (введение особой трубки в гортань и трахею при их сужениях, грозящих удушьем) и т.п.;
- несвоевременное проведение реанимационных мероприятий с ИВЛ;
- неправильная техника ИВЛ, когда не обеспечены проходимость дыхательных путей, герметичность при вдувании воздуха (чаще всего маска неплотно прилегает к лицу пострадавшего); медленное вдувание воздуха;

- отсутствие постоянного контроля эффективности закрытого массажа сердца и ИВЛ;
- несоблюдение рекомендованных соотношений между компрессиями и вдуванием воздуха (30:2);
- преждевременное прекращение реанимационных мероприятий.

5. Первая помощь пострадавшим при воздействии критических температур

5.1. Ожоги

Ожог - повреждение какой-либо части тела в результате воздействия на нее высокой температуры, химических веществ, лучевой энергии и электрического шока.

Термические ожоги возникают в результате непосредственного воздействия на часть тела человека высокой температуры.

Для закрытия обширных ожоговых поверхностей сотрудник ДПС может воспользоваться стерильной простыней или салфетками (пункты 3.7, 3.8 Требований к комплектации), а также для местного охлаждения - гипотермическим пакетом (пункт 3.6 Требований к комплектации).

В зависимости от глубины поражения части тела ожоги делятся на 4 степени (табл. 15).

Таблица 15

Ожоги: степень, симптомы, помощь

Степень	Симптомы	Помощь
I степень  Рис. 12.	Покраснение кожи, умеренный отек, чувство жара, сильная боль (рис. 12).	• Прекратить действие термического агента (сорвать с пострадавшего горящую одежду, накрыть его чем-либо, препятствующим доступу воздуха - одеялом, плащом, брезентом). • При тушении пламени накрывать человека с головой нельзя из-за угрозы дополнительного ожога дыхательных путей и отравления угарным газом. • Обожженные места следует прикрыть чистой тканью и приложить хо-
II степень  Рис. 13.	Резкая гиперемия кожи, сильная боль, значительный отек кожи, отслойка эпителия с образованием пузырей, наполненных прозрачной слегка желтоватой жидкостью (плазмой) (рис. 13).	

III степень  <i>Рис. 14.</i>	Омертвление всех слоев кожи, образуется плотный струп (корочка), под которым находятся поврежденные или омертвевшие ткани (рис. 14).	лод. • Профилактикой ожогового шока являются иммобилизация поврежденного участка тела, обезбоживание. • При длительном ожидании «Скорой медицинской помощи» необходимо предложить пострадавшему обильное теплое питье.
IV степень  <i>Рис. 15.</i>	Характеризуется обугливанием тканей на всю их глубину, включая мышечную и костную ткани (рис. 15).	

НЕДОПУСТИМО:

1. Удалять с поврежденной кожи одежду. 2. Вскрывать пузыри. 3. Бинтовать обожженную поверхность. 4. Смывать грязь и сажу с поврежденной кожи. 5. Смазывать ожоговую поверхность мазью или жиром.
--

Методики определения площади ожога

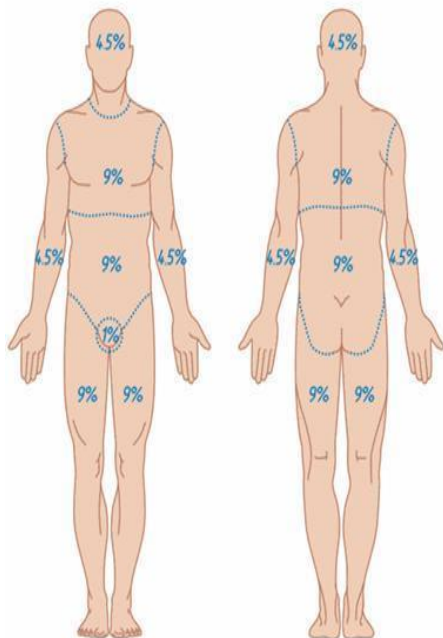


Рис. 16. Метод «Правило девятки»

Определение площади ожога может вестись разными методами. Ниже приведены основные и наименее трудоемкие и удобные.

«Правило девятки». Данный метод, предложенный в 1951 году А.Уоллесом, помогает быстро, хотя и довольно приблизительно, определить площадь ожога без подручных средств. Заключается он в условном делении тела человека на зоны. Каждая такая область в процентном соотношении равна или кратна девяти. Так, зона головы и шеи составляет 9% от общей площади кожи, поверхность каждой верхней конечности - по 9%, нижней - по 18%, передняя часть туловища - 18%, задняя - 18%. На зону гениталий отводится один оставшийся процент. У детей эти пропорции несколько отличаются и

меняются с возрастом. Метод Уоллеса получил широкое распростра-

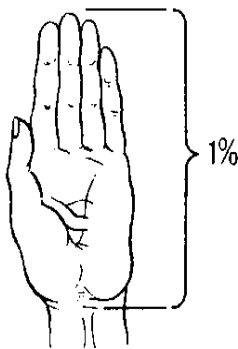


Рис. 17. Метод
«Правило
ладони»

нение из-за своей доступности в любых условиях и простоты (рис. 16).

«Правило ладони». Еще более простой способ в 1953 году предложил И.И.Глумов. Зона ожога соотносится с площадью ладони больного или ее бумажного шаблона. Эта величина составляет ориентировочно 1% от всей поверхности кожи тела человека. В настоящее время «Правило девятки» и «Правило ладони» обычно используют параллельно (рис. 17).

5.2. Обморожения

Обморожением называется повреждение какой-либо части тела (вплоть до омертвения) в результате воздействия на нее низких температур.

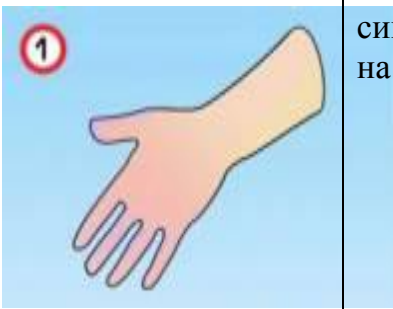
Причины, способствующие обморожению, - это высокая влажность воздуха, сильный ветер, тесная сырая обувь, вынужденное продолжительное неподвижное положение, длительное пребывание на морозе, алкогольное опьянение. Как правило, чаще всего этому виду поражения подвергаются конечности (95% случаев).

Как и ожоги, обморожения делятся на 4 степени тяжести. Определить глубину повреждения сразу после травмы трудно. Глубина и обширность повреждения зависят от продолжительности и степени воздействия низкой температуры, а также от других неблагоприятных факторов.

Признаки обморожения: кожа в местах обморожения бледно-синюшная, холодная на ощупь, болевая чувствительность отсутствует или снижена. После согревания появляются сильные боли в обмороженном сегменте конечности. Через 12-16 часов уже можно определить степень данного повреждения (табл. 16).

Таблица 16

Обморожения: степень, симптомы, помощь

Степень	Симптомы	Помощь
I степень  Рис. 18.	Кожа багрово-красная или синюшная, отечная, холодная на ощупь (рис. 18).	Заключается в немедленном прекращении воздействия холода и восстановлении кровообращения: 1) прекратить дальнейшее охлаждение; 2) устранить тесную обувь, одежду, сдавливающие конечность и нарушающие кровоток;

<i>II степень</i>  <i>Рис. 19.</i>	На пораженном участке тела образуются пузыри с кровянистым или прозрачным содержимым, появляются жжение, зуд, усиливаются боли (рис. 19).	3) растереть пораженные участки тела теплой рукой или мягкой тканью до покраснения; 4) лучший метод отогрева - прижатие «кожи к коже» (например, спрятать руки подмышки); 5) наложить сухую согревающую повязку из марли или широкого бинта с прослойкой ваты; 6) пострадавшего тепло укутывают, дают горячий чай, молоко, горячую пищу.
<i>III степень</i>  <i>Рис. 20.</i>	Характеризуется появлением темных участков - некроза кожи и подкожной клетчатки, нечувствительностью к механическим раздражениям. Пульс на периферии зачастую не определяется (рис. 20).	
<i>IV степень</i>  <i>Рис. 21.</i>	Характеризуется некрозом более глубоких тканей (тотальный некроз) (рис. 21).	

НЕДОПУСТИМО:

1. Растирать пораженный участок тела снегом или шерстью.
2. Оставлять пострадавшего на улице.
3. Давать пострадавшему алкоголь, так как спиртное способствует усилению процессов торможения ЦНС.
4. Греть отмороженные участки тела в горячей воде, принимать горячую ванну.
5. Смазывать пораженные участки тела мазями, маслом.

6. Извлечение пострадавших из транспортных средств, переноска и транспортировка раненых

6.1. Извлечение пострадавшего из транспортного средства

При ДТП важным моментом оказания помощи пострадавшему является правильное извлечение его из автомобиля. Особенно сложно сделать это при деформации кузова и заклинивании двери, опрокидывании автомобиля. В этих случаях необходимо, используя монтировочную лопатку или другие подручные средства, открыть одну из дверей автомобиля, желательно со стороны пострадавшего. Получив доступ в салон (кабину) транспортного средства, следует немедленно выключить зажигание.

Если состояние пострадавшего не вызывает опасений и в данный момент ему ничто не угрожает, можно не извлекать его из автомобиля, так как допущенные при этом ошибки могут лишь усугубить полученные человеком повреждения. Если человек находится в тяжелом состоянии (остановка дыхания и кровообращения, сдавливание тела, кровотечение и прочее) или может получить новые повреждения, необходимо немедленно извлечь пострадавшего из автомобиля (табл. 17).

Таблица 17

Способы извлечения пострадавшего из транспортного средства



Рис. 22. Обеспечение проходимости дыхательных путей, когда пострадавший без сознания.

Если пострадавший без сознания, необходимо убедиться в проходимости дыхательных путей раненого и обеспечить ее до извлечения пострадавшего из автомобиля (рис. 22).



Рис. 23. Извлечение пострадавшего, получившего травму грудной клетки.

Учитывая возможную травму грудной клетки, следует извлекать пострадавшего за предплечье и подмышечные области, где ребра повреждаются довольно редко (рис. 23).



Рис. 24. Извлечение пострадавшего, получившего травму шейного отдела позвоночника.

При травмах шейного отдела позвоночного столба положение головы, шеи и грудной клетки пострадавшего необходимо сохранять неизменным относительно друг друга. В данном случае следует использовать прием, при котором оказывающий помощь одной рукой фиксирует подбородок пострадавшего, а другой рукой удерживает раненого за кисть (рис. 24).



Рис. 25. Извлечение пострадавшего, получившего повреждение позвоночного столба.

При повреждении позвоночного столба извлекать раненого из автомобиля должны несколько человек, аккуратно придерживая пострадавшего за голову (рис. 25).

Помните, что ваши действия при извлечении пострадавшего из транспортного средства должны быть правильными и щадящими.

6.2. Правила переноски пострадавших на медицинских носилках

Неумелая переноска пострадавшего может привести к ухудшению его состояния, например, к усилению кровотечения, смещению отломков костей и болевому шоку. Чтобы этого не произошло, извлекать из-под обломков автомобиля, поднимать и укладывать пострадавшего на носилки следует вдвоем или втроем (табл. 18).

При отсутствии стандартных носилок можно использовать подручные средства, такие как доски, фанера, жерди, одеяло, пальто.

Таблица 18

Виды и правила переноски пострадавшего на носилках

<i>Виды переноски пострадавшего на носилках</i>	<i>Правила переноски пострадавшего на носилках</i>
<i>В переноске пострадавшего участвуют два человека</i>	По ровной поверхности пострадавшего несут ногами вперед, а пострадав-

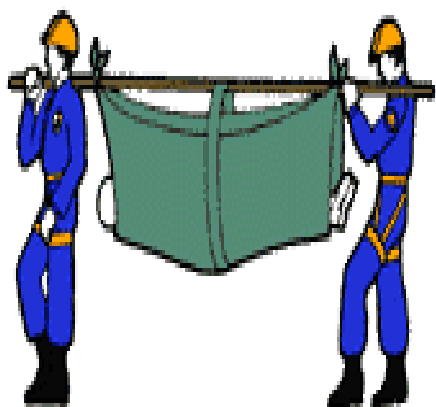


Рис. 26. Переноска раненого вдвоем.

шего без сознания - головой вперед. Передвигаться следует осторожно, короткими шагами, при этом несущие не должны идти в ногу (рис. 26).

В переноске пострадавшего участвуют четыре человека



Рис. 27. Переноска раненого вчетвером.

На подъемах и спусках носилки должны находиться в горизонтальном положении, для этого приподнимают их задний конец, а на спусках - передний (рис. 27).

Ручки носилок можно положить на плечи несущих.

Петля, сделанная из ляжки (веревки) в виде «восьмерки».



Рис. 28. Петля-«восьмерка».

Нести пострадавшего на носилках на большие расстояния легче, если использовать ляжки (ремни, веревки). Из ляжки делают петлю в виде восьмерки и подгоняют ее под рост носильщика. Петлю надевают на плечи несущему носилки так, чтобы перекрест ее был на спине, а петли, свисающие по бокам, находились на уровне кистей опущенных рук. Эти петли продевают в ручки носилок (рис. 28).

6.3. Переноска пострадавшего на руках

Для оказания помощи, после извлечения пострадавшего из автомобиля, следует перенести раненого в безопасное место (табл. 19).

Таблица 19

Виды переноски пострадавшего на руках



Рис. 29.

Рис. 30.

При незначительной травме пострадавший может преодолеть небольшое расстояние с помощью сопровождающего, при необходимости опираясь на палку (рис. 29).

В случае если пострадавший очень слаб, но не находится в критическом состоянии, его переносят на руках, на спине или на плече (рис. 30-32).



Рис. 31.

Рис. 32.



Рис. 33.

Рис. 34.



Рис. 35.



Рис. 36.

Если пострадавший в сознании и может сидеть, легче перенести его вдвоем на «замке» из трех или четырех рук, на доске или на каком-либо другом предмете (рис. 33-36).



Рис. 37.

Рис. 38.

Пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии, одному человеку наиболее удобно транспортировать, удерживая за предплечье. Если в переноске пострадавшего участвуют два человека, то раненого следует переносить способом «друг за другом» (в том случае, если у пострадавшего нет перелома позвоночника) (рис. 37-38).

Способ переноски выбирают в зависимости от обстановки, тяжести и характера повреждений, общего состояния пострадавшего, а также от количества людей, оказывающих помощь.

6.4. Переноска пострадавшего с помощью подручных средств

Еще раз отметим, что способ переноски пострадавшего зависит от характера и места повреждения, общего состояния раненого, а также от количества оказывающих помощь и их физических возможностей. В зависимости от конкретных условий пострадавших можно переносить на импровизированных носилках с помощью подручных средств (куртка, плащ-палатка и прочее), привязав эти средства к двум жердям, на носилках-волокушах (из шестов). К двум длинным, слегка изогнутым над паром жердям, уложенным под небольшим углом друг к другу, на расстоянии 30-40 см привязываются перекладины, которые дополняются распорками, закрепленными по диагонали, для большей жесткости конструкции. Волокушу можно использовать также в качестве лестницы.

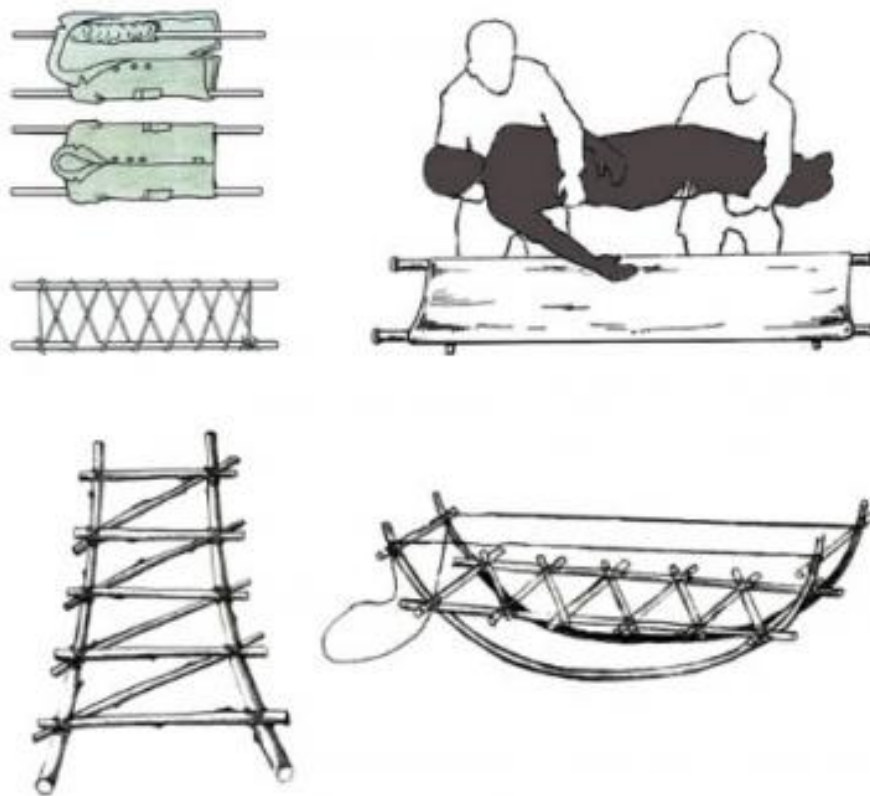


Рис. 39. Подручные средства, с помощью которых осуществляется переноска пострадавшего.

Если переноска пострадавшего осуществляется одним человеком, раненого кладут на носилки ногами по ходу движения, если двумя людьми, то головой к движению. Если необходимо использовать сани, то к кон-

цам двух толстых жердей привязываются крепкие веревки, которые придают жердям полукруглую форму. К полученным полозьям привязывается площадка из продольных и поперечных жердей. Укладка пострадавшего на носилки производится следующим образом: носильщики подводят руки под его голову, плечи, таз и ноги, одновременно осторожно поднимают раненого, передвигают его в сторону носилок и опускают на них. Можно брать пострадавшего за одежду.

6.5. Правила погрузки пострадавших на транспорт

Прежде чем перевозить пострадавших на автотранспорте, важно правильно выбрать очередность транспортировки пострадавших. Основным критерием при этом являются тяжесть повреждений и состояние человека. В первоочередном порядке транспортируются дети и пострадавшие в бессознательном и шоковом состоянии, с внутренними кровотечениями, ампутированными конечностями, открытыми переломами, ожогами, синдромом длительного сдавления, послеоперационные больные. Затем транспортируются пострадавшие с закрытыми переломами, наружными кровотечениями. Последними транспортируются пострадавшие с небольшими кровотечениями, ушибами, вывихами. Большое значение имеет поза при транспортировке пострадавшего, так как зависит от полученной травмы и общего состояния раненого (табл. 20). Правильная транспортировка является профилактикой шокового состояния у пострадавших.

Таблица 20

Позы пострадавших при транспортировке в зависимости от видов травм

<i>Виды травм</i>	<i>Позы пострадавших</i>
Сотрясение головного мозга	На спине
Травмы передней части головы и лица	На спине
Повреждение позвоночника	На спине
Переломы костей таза и нижних конечностей	На спине
Шоковое состояние	На спине
Травмы органов брюшной полости	На спине
Травмы груди	На спине
Острые хирургические заболевания (аппендицит, прободная язва, ущемленная грыжа)	На спине
Кровопотеря	На животе, под грудь и голову пострадавшему кладут валик

Травмы спины	На животе или на правом боку
Травмы затылочной части головы	На животе
Травмы шеи	Полусидя со склоненной на грудь головой
Травмы спины, ягодиц, тыльной поверхности ног	На животе
Травмы глаз, груди, дыхательных путей	Сидя
Травмы верхних конечностей	Сидя
Ушибы, порезы, ссадины	Сидя
Травмы плечевого пояса	Сидя

Перевозка пострадавших в грузовом транспорте осуществляется на носилках или непосредственно в кузове на полу. В первую очередь грузят тяжелобольных, размещая их головой к кабине. На свободные места рассаживаются пострадавшие с незначительными травмами.

Заключение

Нередко автомобиль становится причиной различных травм, полученных человеком в результате ДТП. Иногда такие ситуации происходят на значительном расстоянии от различных медицинских учреждений, поэтому первая помощь, своевременно оказанная лицам, попавшим в ДТП, может не только помочь пострадавшим избежать осложнений при дальнейшем лечении, но и предотвратить летальный исход.

Первую помощь пострадавшим в ДТП чаще всего оказывают сотрудники ДПС, водители или пассажиры, которые не пострадали или получили более легкую травму, а также другие лица, оказавшиеся на месте ДТП. Однако среди участников и очевидцев подобных происшествий может не оказаться людей, умеющих оказывать первую помощь, поэтому такую помощь должны уметь оказывать в обязательном порядке сотрудники ДПС, основной задачей которых в данном случае является устранение опасности, угрожающей жизни пострадавшим. Такая опасность возникает при потере сознания, обильном кровотечении, нарушении сердечной деятельности и дыхания, шоке.

К сожалению, автомобильные аварии происходят очень часто. В этой связи все официальные структуры мира по контролю средств передвижения обязали владельцев иметь при себе индивидуальные средства защиты и первой медицинской помощи, которые помещаются в автомобильную аптечку.

Литература

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. (с учетом поправок, внесенных законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30 декабря 2008 г. № 6-ФКЗ, от 30 декабря 2008 г. № 7-ФКЗ, от 5 февраля 2014 г. № 2-ФКЗ, от 21 июля 2014 г. № 11-ФКЗ).
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
3. Об утверждении Концепции федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2013-2020 годах»: распоряжение Правительства Российской Федерации от 27 октября 2012 г. № 1995-р.
4. Об утверждении Положения «О лицензировании медицинской деятельности»: постановление Правительства Российской Федерации от 22 января 2007 г. № 30 г. Москва // Российская газета. - 31 января 2007 г. - № 4282.
5. Правила дорожного движения: утверждены постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 23 октября 1993 г. № 1090.
6. О мерах по совершенствованию деятельности дорожно-патрульной службы Государственной инспекции безопасности дорожного движения Министерства внутренних дел Российской Федерации: приказ МВД России от 2 марта 2009 г. № 186 дсп.
7. Верткин А.Л. Скорая медицинская помощь: руководство для фельдшеров и медицинских сестер. - М.: Эксмо, 2011.
8. Григорьев И.В. Лечение неотложных состояний. Новейший справочник. - М.: Феникс, 2007.
9. Комаров Б.А. Скорая медицинская помощь. - 2-е изд., доп. - М.: Медицина, 2008.
10. Нагнибеда А.Н. Фельдшер скорой помощи. - М.: Специальная литература, 2009.
11. Руксин В.В. Краткое руководство по неотложной кардиологии. - СПб., 2009.
12. Руководство по скорой медицинской помощи. - СПб.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
13. Скорая медицинская помощь. Краткое руководство / под ред. А.Г. Мирошниченко, В.В. Руксина, В.М. Шайтор. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
14. Справочник врача скорой и неотложной помощи. - СПб.: Феникс, 2009.

15. Справочник фельдшера / под ред. д-ра мед. наук Ю.Ю. Елисеевой. - М.: Экспо-Пресс, 2007.
16. Скорая медицинская помощь. - 2007. - № 1.
17. Скорая медицинская помощь. - 2007. - № 2.
18. Скорая медицинская помощь. - 2007. - № 3.
19. Шелехов К.К., Смолева Э.В., Степанова Л.А. Фельдшер скорой помощи. - М.: Феникс, 2012.

Электронные ресурсы.

20. О полиции: федеральный закон Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ (в ред. от 13 июля 2015 г., с изм. от 14 декабря 2015 г.) [Электронный ресурс] // URL: [http:// base.garant.ru](http://base.garant.ru) (дата обращения: 1 марта 2016 г.).
21. О дополнительных мерах по обеспечению безопасности дорожного движения: указ Президента Российской Федерации от 15 июня 1998 г. № 711 (в ред. указов Президента Российской Федерации от 2 июля 2002 г. № 679, от 3 мая 2005 г. № 497, от 23 апреля 2007 г. № 533, от 3 июля 2008 г. № 1041) [Электронный ресурс] // URL: [http:// www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 1 марта 2016 г.).
22. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ (в ред. от 5 апреля 2016 г.) [Электронный ресурс] // URL: [http:// base.garant.ru](http://base.garant.ru) (дата обращения: 1 марта 2016 г.).
23. Об утверждении Административного регламента Министерства внутренних дел Российской Федерации исполнения государственной функции по контролю и надзору за соблюдением участниками дорожного движения требований в области обеспечения безопасности дорожного движения: приказ МВД России от 2 марта 2009 г. № 185 [Электронный ресурс] // URL: [http:// www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 1 марта 2016 г.).

Производственно-практическое издание

Ахмадуллина Ирина Ахсановна,
кандидат педагогических наук

**ПАМЯТКА
СОТРУДНИКАМ ГИБДД
ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ,
ПОСТРАДАВШИМ В ДТП**

Редактирование: Ю.А. Васильева
Техническое редактирование: Д.И. Краснослободцева

Подписано в печать 10.06.2016.
Формат 60х84 1/16. Объем 2,5 уч.-изд. л.
Тираж 200 экз. Заказ 22/16. Цена договорная.

РИО ВИПК МВД России
Ул. Пихтовая, д. 3, микрорайон Авиационный,
г. Домодедово, Московская обл., 142008