

**Министерство внутренних дел Российской Федерации**

**Федеральное государственное казенное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Орловский юридический институт  
Министерства внутренних дел Российской Федерации  
имени В.В. Лукьянова»**

**О.А. Мальцева**

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ОКАЗАНИЕ  
СОТРУДНИКАМИ ГОСАВТОИНСПЕКЦИИ  
ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПОСТРАДАВШИМ  
В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ**

**Учебное пособие**



**Орёл  
ОрЮИ МВД России имени В.В. Лукьянова  
2018**

**УДК 61+351.81**  
**ББК 51+67.99(2)116.1**  
**М21**

**Рецензенты:**

- Н.М. Кузнецова, начальник отдела ФКУ НИЦ БДД МВД России,  
кандидат психологических наук;
- Е.В. Кудрина, начальник госпиталя  
МСЧ ФКУЗ МВД России по Орловской области

*Мальцева О.А.*

**М21**      **Организация и оказание сотрудниками Госавтоинспекции первой помощи лицам, пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии : учебное пособие / О.А. Мальцева. – Орёл : ОрЮИ МВД России имени В.В. Лукьянова, 2018. – 83 с.**

В данном учебном пособии в систематизированном и наглядном виде представлен курс: «Организация и оказание первой помощи лицам, пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии». Учебное пособие содержит: общий порядок действий сотрудников Госавтоинспекции на месте происшествия, мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи и другие мероприятия по спасению жизни пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии.

Предназначено для сотрудников подразделений Госавтоинспекции, курсантов (слушателей) образовательных организаций МВД России.

Иллюстрации, представленные в данном пособии, частично заимствованы на сайте: <http://allfirstaid.ru>.

**УДК 61+351.81**  
**ББК 51+67.99(2)116.1**

**© ОрЮИ МВД России имени В.В. Лукьянова, 2018**

## Оглавление

Пояснительная записка.....	4
Тема 1. Правовые основы оказания первой помощи пострадавшим в ДТП. Универсальная схема оказания первой помощи.....	8
Тема 2. Дорожно-транспортный травматизм.....	16
Тема 3. Алгоритм сердечно-легочной реанимации и тактика поведения сотрудника ГИБДД при оказании первой помощи пострадавшему в бессознательном состоянии .....	30
Тема 4. Правила и порядок первой помощи при кровопотере и травматическом шоке .....	38
Тема 5. Понятие раны, классификация ран, алгоритмы оказания первой помощи при травмах груди (гемоторакс и пневмоторакс), живота и головы.....	52
Тема 6. Порядок первой помощи при повреждении костно-мышечной системы .....	59
Тема 7. Алгоритмы действий сотрудников ГИБДД при внезапных состояниях, отравлении угарным газом, воздействии на организм человека крайних температур и электричества.....	73

## **Пояснительная записка**

Изучение дисциплины «Организация и оказание первой помощи лицам, пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии» предусматривает углубленное рассмотрение алгоритмов действий сотрудников подразделений Госавтоинспекции по оказанию первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии: при клинической смерти, коме, кровотечении, различных ранениях и травмах опорно-двигательной системы и др.

### **Цели и задачи дисциплины**

Цель дисциплины – выработка практических навыков и формирование умений курсантами (слушателями) по оказанию первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

Задачи дисциплины:

- изучить основы оказания первой помощи;
- сформировать навыки оказания первой помощи с применением штатного оборудования, специальных и подручных средств;
- овладеть тактикой оказания первой помощи при дорожно-транспортном происшествии;
- усвоить правила транспортировки пострадавших в зависимости от тяжести и характера повреждений.

### **Место дисциплины в структуре образовательной программы:**

Дисциплина «Организация и оказание первой помощи лицам, пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии» относится к факультативам.

До начала изучения дисциплины обучающемуся необходимы знания, умения и навыки, полученные в рамках изученной дисциплины «Первая помощь», а именно обучающийся должен:

#### **Знать:**

- строение и основные функции организма человека,
- характерные признаки различных видов травм и кровотечений,
- клинические признаки острых неотложных состояний,
- природу и клинические проявления различных видов травм и возможностей ликвидации их последствий.
- задачи и виды первой помощи,
- возможности оказания первой помощи населению,
- нормативные правовые документы, регламентирующие оказание первой помощи сотрудниками Госавтоинспекции,
- правила личной безопасности граждан и сотрудника органов внутренних дел при оказании первой помощи,
- особенности оказания первой помощи в особых условиях и в военное время,
- клинические признаки острых неотложных состояний.

**Уметь:**

- определять по внешним признакам состояние пострадавшего,
- проделывать простейшие мероприятия по спасению жизни пострадавшего.
- выбирать наиболее эффективный способ оказания первой помощи и средства (в том числе подручные) для ее осуществления,
- определять по внешним признакам состояние пострадавшего, проделывать простейшие мероприятия по спасению жизни пострадавшего.

**Владеть:**

- методикой проведения искусственного дыхания, непрямого массажа сердца,
- методикой остановки кровотечения, наложения шин и жгутов,
- оказания первой помощи при ранениях, контузиях, ожогах, обморожениях, отравлениях,
- проведения искусственного дыхания, непрямого массажа сердца,
- остановки кровотечения, наложения шин и жгутов,
- оказания первой помощи при ранениях, контузиях, ожогах, обморожениях, отравлениях.
- навыками оказания первой помощи пострадавшим от преступлений, административных правонарушений, несчастных случаев.

Дисциплина «Организация и оказание первой помощи лицам, пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии» относится к завершающим процесс подготовки специалиста и последующих дисциплин не имеет.

**Учебно-методическое и информационное обеспечение****1. Нормативные правовые акты**

1. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс]: офиц. текст: [принята всенародным голосованием 12.12.1993: с изменениями и дополнениями]: справочная правовая система КонсультантПлюс.

2. Уголовный кодекс РФ [Электронный ресурс]: справочная правовая система КонсультантПлюс: Режим доступа: в локальной сети института.

3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях [Электронный ресурс]: справочная правовая система КонсультантПлюс: Режим доступа: в локальной сети института.

4. Федеральный закон Российской Федерации «О полиции» от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ [Электронный ресурс]: справочная правовая система КонсультантПлюс: Режим доступа: в локальной сети института.

5. Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ [Электронный ресурс]: справочная правовая система КонсультантПлюс.

6. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении перечня состояний при которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» от 04.05.2012 № 477н [Электронный ресурс]: справочная правовая система КонсультантПлюс.

7. Приказ МВД РФ от 23 августа 2017 года № 664 «Об утверждении Административного регламента МВД РФ исполнения государственной функции по контролю и надзору за соблюдением участниками дорожного движения требований в области обеспечения безопасности дорожного движения» [Электронный ресурс]: справочная правовая система КонсультантПлюс.

## **2. Литература**

### **Основная литература**

1. Оказание первой помощи сотрудниками органов внутренних дел [Текст]: учебное пособие / Э.Р. Исхаков, В. Л. Линевич. – М.: ДГСК МВД России, 2014. – 89 с.

2. Первая помощь [Текст]: учебно-практическое пособие / сост.: О.А. Мальцева, Е.А. Трусова. – Орёл: Орловский юридический институт МВД России имени В.В. Лукьянова, 2014.– 78 с.

3. Коцюба, А.Е. Первая помощь [Электронный ресурс]: учебное пособие / А.Е. Коцюба, А.А. Григорюк, М.Е. Бабич; Дальневосточный юрид. ин-т МВД России. – Хабаровск: РИО ДВЮИ МВД России, 2015.

4. Первая помощь [Текст]: учебное пособие / сост.: О.А. Мальцева, Е.А. Трусова, Л.И. Дежурный [и др.]. – Орёл: Орловский юридический институт МВД России имени В.В. Лукьянова, 2017.– 78 с.

### **Дополнительная литература**

1. Тузов, А.И. Первая помощь [Электронный ресурс]: учебное пособие / А.И. Тузов. – Краснодар: КРУ МВД России, 2014. – 112 с.

2. Первая помощь [Электронный ресурс]: курс лекций / сост. Г.Г. Жигалова. – Ставрополь: СФ КРУ МВД РОССИИ, 2013. – 98 с.

3. Белов, В.Г. Первая медицинская помощь [Электронный ресурс]: учебное пособие / В.Г. Белов, З.Ф. Дудченко. – Электрон. текстовые данные. – СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2014. – 143 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22984>. – ЭБС «IPRbooks», по паролю.

4. Бурцев, С.П. Первая медицинская помощь [Электронный ресурс]: учебное пособие / С.П. Бурцев, К.Ю. Рыженькова. – Электрон. текстовые данные. – М.: Московский гуманитарный университет, 2012. – 68 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/14526>. – ЭБС «IPRbooks», по паролю.

5. Пауткин, Ю.Ф. Первая доврачебная медицинская помощь [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов-иностранцев / Ю.Ф. Пауткин, В.И. Кузнецов. – Электрон. текстовые данные. – М.: Российский университет дружбы народов, 2013. – 164 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22204>. – ЭБС «IPRbooks», по паролю.

### **3. Информационные технологии**

1. КонсультантПлюс [Электронный ресурс]: справочная правовая система: база данных / Региональный информационный центр Общероссийской сети распространения правовой информации «КонсультантПлюс». – Режим доступа к полным текстам из локальной сети института.

2. СТРАС «Юрист» [Электронный ресурс]: специализированная территориально распределенная автоматизированная системы: база данных / Регистрирующий центр СТРАС «Юрист». – Режим доступа к полным текстам из локальной сети института.

3. Информационно-образовательный портал Орловского юридического института МВД России имени В.В. Лукьянова [Электронный ресурс]: сайт. Режим доступа: [http:// portal.orui.ru](http://portal.orui.ru), из локальной сети института, свободный.

4. Операционная система Microsoft Windows XP или выше.

5. Пакет офисного программного обеспечения Microsoft Office 2007 или выше.

6. Антивирусное программное обеспечение «Антивирус Касперского 6.0» или выше.

### **4. Ресурсы информационно-телекоммуникативной сети «Интернет»**

1. Электронная библиотечная система Орловского юридического института МВД России имени В.В. Лукьянова [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа: <http://liborui.ru>, свободный, к полным текстам после авторизации.

2. IPRbooks [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система: сайт. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru> после авторизации.

3. Консультант Плюс [Электронный ресурс]: официальный сайт / Компания «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>, свободный.

4. Все о первой помощи [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа: <http://allfirstaid.ru>.

## **Тема 1. Правовые основы оказания первой помощи пострадавшим в ДТП.**

### **Универсальная схема оказания первой помощи**

**Первая помощь** – вид помощи, включающий комплекс простейших мероприятий на месте происшествия и вблизи него, направленных на временное устранение причин, угрожающих жизни пострадавших и предупреждающих развитие тяжелых осложнений с использованием Аптечки первой помощи (автомобильной) и подручных средств.

В соответствии со ст. 12 Федерального закона № 3-ФЗ от 07.02.2011 года «О полиции» на полицию возлагается обязанность «...оказывать первую помощь лицам, пострадавшим от преступлений, административных правонарушений и несчастных случаев, а также лицам, находящимся в беспомощном состоянии либо в состоянии, опасном для их жизни и здоровья, если специализированная помощь не может быть получена ими своевременно или отсутствует...». П. 4 ст. 19 «Порядок применения физической силы, специальных средств и огнестрельного оружия»: «...сотрудник полиции обязан оказать гражданину, получившему телесные повреждения в результате применения физической силы, специальных средств или огнестрельного оружия, первую помощь, а также принять меры по предоставлению ему медицинской помощи в возможно короткий срок».

Аналогичные обязанности прописаны в ст. 14, 27 того же закона.

Помимо возложения обязанностей, действующее законодательство защищает участников оказания первой помощи от привлечения к юридической ответственности в случае совершения ошибки в ходе оказания первой помощи в состоянии крайней необходимости, ведь первая помощь для пострадавшего зачастую единственный шанс на выживание (ст. 39 Уголовного кодекса Российской Федерации и 2.7 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях «Крайняя необходимость»).

**Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.96 г. (извлечение) Статья 124. Неоказание помощи больному**

Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом...

Статья 125. Оставление в опасности. Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии...

**Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ**

Статья 31 «Первая помощь». 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.

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

**Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по оказанию первой помощи»**

*Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь:*

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

*Перечень мероприятий по оказанию первой помощи*

1. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи.
2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб.
3. Определение наличия сознания у пострадавшего.
4. Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего.
5. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни.
6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей.
7. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения.
8. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи в случае выявления указанных состояний.
9. Придание пострадавшему оптимального положения тела.
10. Контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки.

11. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

**Приказ МВД РФ от 23 августа 2017 года № 664 «Об утверждении Административного регламента МВД РФ исполнения государственной функции по контролю и надзору за соблюдением участниками дорожного движения требований в области обеспечения безопасности дорожного движения»**

П. 7.4: оказывать первую помощь лицам, пострадавшим от преступлений, административных правонарушений и несчастных случаев, а также лицам, находящимся в беспомощном состоянии либо в состоянии, опасном для их жизни и здоровья, если специализированная помощь не может быть получена ими своевременно или отсутствует.

**Приказ МВД РФ от 29 декабря 2012 г. № 1157 «Об утверждении норм положенности специальной техники для отдельных подразделений центрального аппарата МВД России и средств связи, вычислительной, электронной организационной и специальной техники для территориальных органов МВД России, медико-санитарных и санаторно-курортных организаций системы МВД России, окружных управлений материально технического снабжения системы МВД России, а также иных организаций и подразделений, созданных для выполнения задач и осуществления полномочий, возложенных на органы внутренних дел Российской Федерации»**

Согласно нормам положенности средств связи для руководящего состава территориальных органов МВД России на окружном, межрегиональном, региональном и районном уровнях.

П. 4.25: Укладка для оказания первой помощи сотрудниками Госавтоинспекции строевое подразделение ДПС ГИБДД:

100 % патрульных автомобилей – управление (отдел, отделение) ГИБДД на региональном уровне, отдел (отделение) ГИБДД на районном уровне,

1 шт. – стационарный пост ДПС, центр профессиональной подготовки, учебная группа.

### **Виды помощи**

- Первая помощь.
- Доврачебная, или фельдшерская помощь.
- Первая врачебная помощь.
- Квалифицированная помощь.
- Специализированная медицинская помощь
- Первая психологическая помощь.

## **Первая психологическая помощь**

- комплекс простейших мероприятий, направленных на купирование и профилактику острых панических состояний у пострадавших. Необходима на всех этапах оказания помощи.

### ***Методы психологического воздействия***

1. Эмоциональная поддержка: создать атмосферу доверия, понимания, заинтересованности, при которой оказывающий помощи понимает пострадавшего, его личностную человеческую ценность независимо от того, какими качества он обладает.

2. Активное общение с пострадавшим с использованием словесных и несловесных средств воздействия с целью успокоения, расслабления пострадавшего, повышения у него чувства самоконтроля, уверенности в себе.

### **Словесные (вербальные) средства воздействия**

- Установите словесный контакт: приветствие, общение по имени пострадавшего, поддерживайте с ним зрительный контакт.

- Давайте обратную связь. На вопросы отвечайте.

- Дайте возможность пострадавшему излить, выразить свои эмоции, чувства, переживания.

- Информируйте пострадавшего о ваших действиях и предстоящих манипуляциях.

### **Несловесные (невербальные) средства воздействия**

- Подходите к пострадавшему спереди.

- Работайте на уровне лица пострадавшего (перед лежащим присядьте).

- Создайте, по возможности, комфортные условия, обеспечьте чувство опоры.

- Прикосновения должны быть легкими, аккуратными, бережными.

- Держите пострадавшего за руку или плечо, контакт с головой или другими частями тела не рекомендуется.

При оказании первой помощи могут быть использованы подручные средства – различные средства одежды, газеты, журналы, куски фанеры или картона, доски, ветки и многое другое, что можно найти возле места, где произошло происшествие.

## **Средства первой помощи. Аптечка первой помощи (автомобильная).**

### **Профилактика инфекций передающихся с кровью и биологическими жидкостями человека.**

#### **Состав Аптечки первой помощи (автомобильной)**

##### **1. Средства для временной остановки наружного кровотечения и перевязки ран**

1.1 Жгут кровоостанавливающий		1 шт.
1.2 Бинт марлевый медицинский нестерильный	5 м x 5 см	2 шт.
1.3 Бинт марлевый медицинский нестерильный	5 м x 10 см	2 шт.
1.4 Бинт марлевый медицинский нестерильный	7 м x 14 см	1 шт.
1.5 Бинт марлевый медицинский стерильный	5 м x 7 см	2 шт.
1.6 Бинт марлевый медицинский стерильный	5 м x 10 см	2 шт.
1.7 Бинт марлевый медицинский стерильный	7 м x 14 см	1 шт.
1.8 Пакет перевязочный стерильный		1 шт.
1.9 Салфетки марлевые медицинские стерильные	Не менее	1 уп.
1.10 Лейкопластырь бактерицидный	Не менее 7 см x 10 см	2 шт.
1.11 Лейкопластырь бактерицидный	Не менее 1,9 см x 7,2 см	10 шт.
1.12 Лейкопластырь рулонный	Не менее 1 см x 250 см	1 шт.

##### **2. Средства для сердечно-легочной реанимации**

2.1 Устройство для проведения искусственного дыхания 1 шт.

##### **3. Прочие средства**

3.1 Ножницы		1 шт.
3.2 Перчатки медицинские	Размер не менее М	1 пара
3.3 Рекомендации по применению аптечки первой помощи (автомобильной)		1 шт.
3.4 Футляр		1 шт.

#### **Примечания:**

1. Средства, входящие в состав аптечки первой помощи (автомобильной), не подлежат замене.

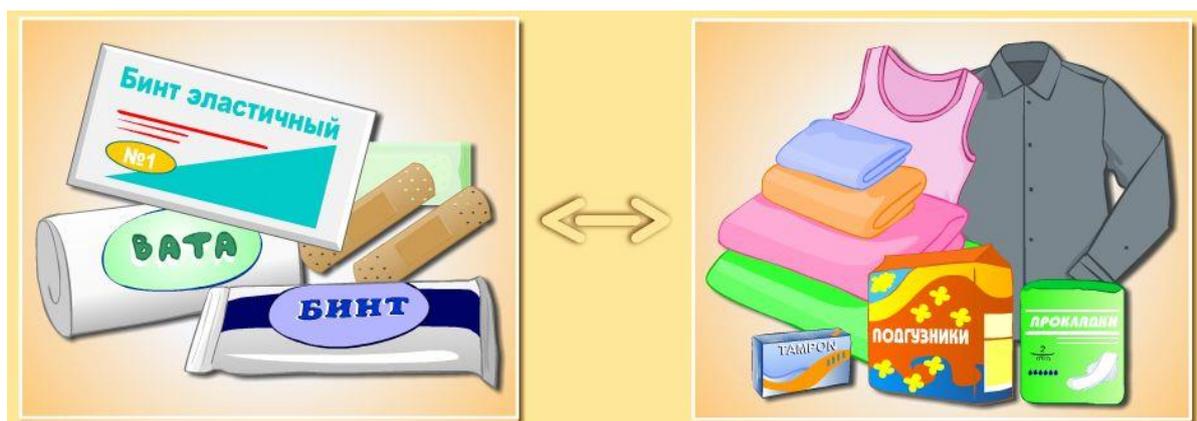
2. По истечении сроков годности средств, входящих в состав аптечки первой помощи (автомобильной), или в случае их использования аптечку необходимо пополнить.



Подручные средства в качестве перевязочного материала



Подручные средства для иммобилизации при переломах конечностей и позвоночника



**В качестве профилактики инфекционных заболеваний, передающихся с кровью и биологическими жидкостями человека необходимо использовать при оказании первой помощи:**



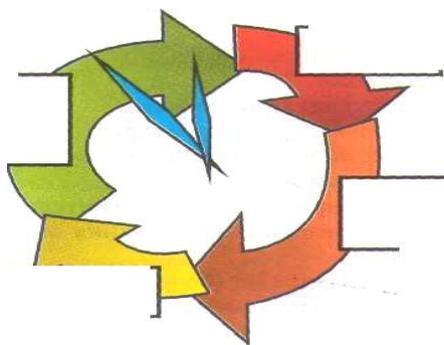
# УНИВЕРСАЛЬНАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ



## Тема 2. Дорожно-транспортный травматизм

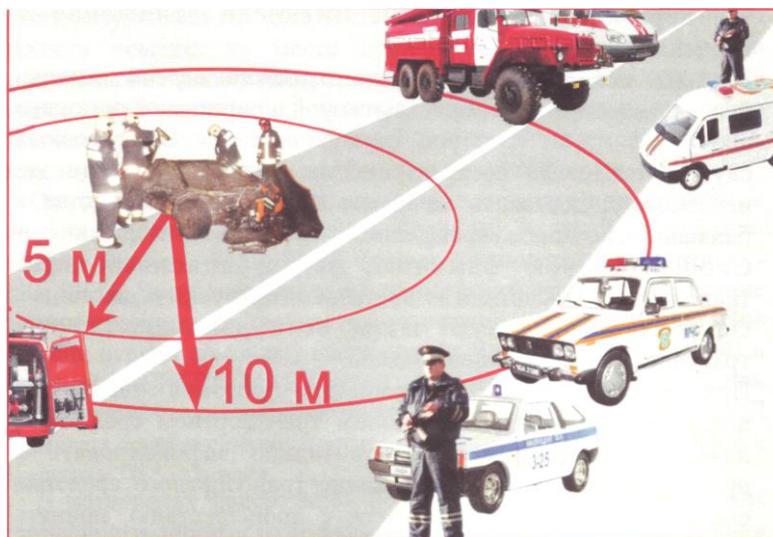
Травматизм — совокупность травм, возникших в определенной группе населения за определенный отрезок времени. Наибольший уровень травматизма отмечается у мужчин в возрасте 20-49 лет, а у женщин – 30-59 лет, причем во всех возрастных группах этот показатель значительно выше у мужчин. Среди всех причин первичной инвалидности и смертности травмы занимают третье место, а у лиц трудоспособного возраста травмы занимают первое место среди причин смерти. Травматизм – часть общей заболеваемости населения.

«Золотой час» – время, в течение которого пострадавший должен быть доставлен в больницу.



- Прибытие – 12 мин.
- Помощь на месте травмы – 20 мин.
- Транспортировка – 8 мин.
- Прием и обследование в клинике – 20 мин.

### *Дислокация сил и средств, участвующих в оказании помощи при ДТП*



## *Алгоритм действий на месте ДТП*

1. Убедиться в отсутствии опасности для себя, пострадавшего и окружающих.



2. На поврежденном транспортном средстве выключить двигатель, зажигание. Установить стояночный тормоз, заблокировать колеса, подложив под них различные предметы (кирпичи, камни и др.) выставить знак аварийной остановки (конусы).

3. Убедиться в наличии на месте ДТП пострадавших. Если пострадавших много, необходимо выявить пострадавших, нуждающихся в первоочередных жизне- спасающих мероприятиях. Чаще такие пострадавшие видны с первого взгляда. Определить количество пострадавших, наличие детей, беременных; зажатие пострадавших.



4. Осмотр пострадавшего(-их). При ДТП первичный, беглый осмотр пострадавшего проводится без извлечения его из автомобиля!

5. Извлечение пострадавшего из автомобиля (при необходимости). При угрозе возгорания транспортного средства без зажатия пострадавших или при невозможности экстренной помощи внутри автомобиля (деформация автомобиля) необходимо быстрое, бережное и безопасное извлечение пострадавшего из машины с последующим осмотром.

6. Восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей.

7. Остановка наружного кровотечения, угрожающего жизни пострадавшего.

8. Сердечно-легочная реанимация.

9. Вызвать скорую медицинскую помощь.

10. Имобилизация поврежденной конечности.

11. Придание транспортного положения. При травмах оказать первую помощь по показаниям, выполнить простейшие противошоковые мероприятия (придать удобное противошоковое положение, транспортное положение в соответствии с полученной травмой, укрыть, напоить (исключая травма живота, позывы на рвоту, бессознательное состояние), включая простейшие способы обезболивания (холод, выгодное положение), психологическая поддержка.

12. Наблюдать за пострадавшим до прибытия бригады СМП. Передать пострадавшего бригаде СМП «из рук в руки».

Не извлекайте пострадавших из транспортных средств, если нет угрозы вторичных факторов для их жизни (возгорание, отравление угарным газом при задымлении, обрушение автомобиля, перегревания или переохлаждения в автомобиле) и, если оказание первой помощи внутри автомобиля невозможно (например, проведение сердечно-легочной реанимации)!

**Обязательными для всех водителей транспортных средств, оказавшихся на месте ДТП проведение следующих мероприятий по оказанию первой помощи:**

- бережное извлечение и вынос из автомобиля или кювета пострадавшего (при необходимости), тушение горячей одежды и т.п., перенос его в безопасное место, защита от неблагоприятных метеорологических условий (холод, жара и пр.);

- проведение мероприятий по устранению причин, угрожающих жизни пострадавшего (остановка наружного кровотечения давящей повязкой, а при значительных кровотечениях - наложение жгута);

- при нарушении дыхания и остановке сердечной деятельности очищение воздухоносных путей от их закупорки кровью, рвотными массами и др., проведение искусственного дыхания по методу «рот в рот» или «рот в нос»;

- при остановке сердечной деятельности произвести надавливание на грудину, с одновременным проведением искусственного дыхания «рот в рот»;

- наложение стерильной повязки на рану, иммобилизация переломов подручными средствами или специальными шинами;

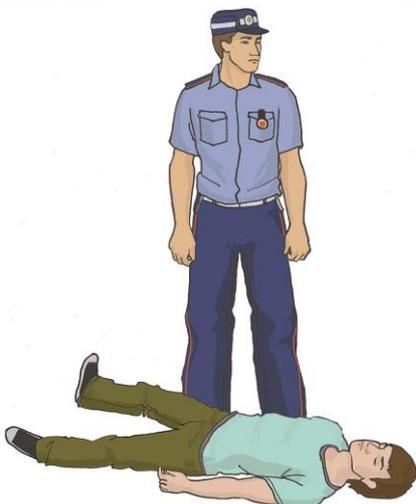
- принятие мер к транспортировке пострадавших попутным транспортом до ближайшего лечебного учреждения, если нет условий для вывоза скорой помощи или состояние больного не терпит отлагательств в госпитализации (шоковое состояние, острая кровопотеря и т.д.).

При этом должны быть созданы условия для щадящей перевозки пострадавшего на имеющемся автотранспорте, подстилка, накрытие пострадавшего, удобное, по возможности, его положение и т.п.).

## **Общий порядок действий сотрудников Госавтоинспекции на месте дорожно-транспортного происшествия**

При прибытии на место происшествия инспектор дорожно-патрульной службы должен осуществить следующие мероприятия:

1. Оценить сложившуюся ситуацию, определить наличие угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья и жизни и здоровья пострадавшего (например, интенсивное дорожное движение); устранить, по возможности, указанные факторы и прекратить их действие на пострадавшего (выставить конусы, включить проблесковые мачки на служебном автомобиле и обесточить автомобиль, участвующий в ДТП: выключить зажигание, включить ручной тормоз, отключить клеммы от аккумулятора). При необходимости следует извлечь пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест и переместить его в безопасное место. Также на месте происшествия следует оценить количество пострадавших и приоритетность оказания первой помощи.



*Оцениваем обстановку и обеспечиваем для себя и для пострадавшего безопасные условия для оказания первой помощи.*



2. Определить наличие признаков сознания у пострадавшего.



3. При отсутствии признаков сознания необходимо восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего (путем запрокидывания головы с подъемом подбородка и выдвижения нижней челюсти), после чего произвести определение признаков жизни (наличие дыхания с помощью слуха, зрения и осязания, наличие кровообращения). При наличии признаков жизни у пострадавшего.

4. При отсутствии признаков жизни, сотруднику МВД следует осуществить вызов скорой медицинской помощи. Это можно выполнить самостоятельно или привлекая помощников. При необходимости (например, нахождение пострадавшего в условиях, затрудняющих доступ к нему для оценки его состояния и оказания первой помощи) необходимо выполнить вызов специальных служб (пожарных, спасателей и т.д.). Этот вызов может производиться по стационарному или мобильному телефону, а также с использованием средств специальной связи.

*Просим помощника вызвать скорую медицинскую помощь.*

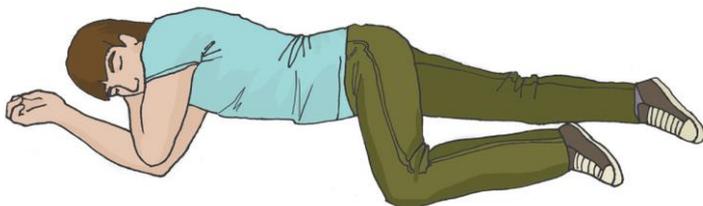


5. Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи (если вызывает помощник) или после вызова (если вызов осуществлялся самостоятельно) необходимо начать проведение сердечно-легочной реанимации в объеме надавливаний руками на грудину пострадавшего и искусственного дыхания «Рот ко рту», «Рот к носу» или с использованием устройства для искусственного дыхания.



*Начинаем надавливания на грудь пострадавшего.*

6. В случае появления у пострадавшего признаков жизни (либо в случае, если эти признаки изначально имелись у него) необходимо осуществить поддержание проходимости дыхательных путей, что можно выполнить приданием устойчивого бокового положения.



*Для поддержания проходимости дыхательных путей пострадавшего необходимо придать ему устойчивое боковое положение.*

7. Провести обзорный осмотр пострадавшего на наличие признаков наружного кровотечения. При наличии этих признаков необходимо осуществить временную остановку кровотечения доступными и подходящими способами (пальцевое прижатие артерии, наложение жгута, максимальное сгибание конечности в суставе, прямое давление на рану, наложение давящей повязки).



*Проводим обзорный осмотр пострадавшего – ищем кровотечение.*

8. Выполнить подробный осмотр пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью. Осмотр производится в определенной последовательности:

- осмотр головы;
- осмотр шеи;
- осмотр груди;
- осмотр спины;
- осмотр живота и таза;
- осмотр конечностей.

В случае выявления состояний, угрожающих жизни и здоровью пострадавшего, следует выполнить соответствующие мероприятия по оказанию первой помощи, в том числе и вызвать скорую медицинскую помощь, если она не была вызвана ранее.



*Проводим подробный осмотр пострадавшего для поиска состояний, угрожающих его жизни и здоровью.*

9. Придать пострадавшему оптимальное положение тела, определяющееся его состоянием и характером имеющихся у него травм и заболеваний (устойчивое боковое положение, положение с приподнятыми нижними конечностями, полусидячее положение, положение на спине с валиком под разведенными и согнутыми в коленях ногами, положение при травме позвоночника).



*В зависимости от состояния пострадавшего придать ему оптимальное положение тела.*

10. До приезда скорой медицинской помощи или других специальных служб контролировать состояние пострадавшего (пострадавших), в том числе и тех, которым уже оказана первая помощь, оказывать им психологическую поддержку. При прибытии бригады скорой медицинской помощи передать им пострадавшего.

### **Переноска пострадавшего на плече**

В результате любого происшествия может сложиться ситуация, в которой участники происшествия и люди, оказывающие им первую помощь, будут подвергаться риску дополнительного поражения (электрическим током, огнестрельным и холодным оружием, отравляющими веществами и т.д.). Во избежание этого сотрудники МВД должны оценить ситуацию. При этом следует обратить внимание на наличие возможных угрожающих факторов и постараться их устранить, обеспечив тем самым безопасные условия для оказания первой помощи. Одним из вариантов устранения возможных повреждающих факторов является перемещение пострадавшего в безопасное место (удаление из опасной зоны).



*Если пострадавший находится в небезопасной зоне, необходимо перенести его в другое место и оказывать первую помощь там.  
Перемещаем пострадавшего на плече, если у того нет травмы живота.*

Перемещать пострадавшего можно различными способами, зависящими от количества участников оказания первой помощи, их физических возможностей и характера травм.

### **Перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой**



Используется для перемещения легкопострадавших лиц, находящихся в сознании.

*Поддерживаем пострадавшего при перемещении.*

### **Переноска пострадавшего в одиночку волоком**



Применяется для перемещения на близкое расстояние пострадавших, имеющих значительный вес. Нежелательно использовать у пострадавших с травмами нижних конечностей.

*Перемещаем пострадавшего волоком.*

### **Переноска пострадавшего в одиночку на спине**



Может использоваться для переноски пострадавших, обладающих небольшим весом. Не применяется для переноски пострадавших, находящихся без сознания.

*Перемещаем пострадавшего на спине, если тот находится в сознании.*

### **Переноска пострадавшего на руках**

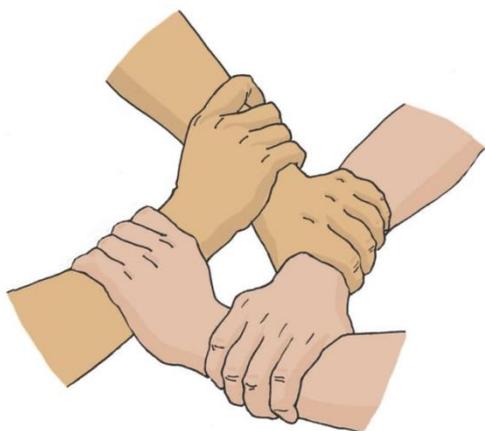


Используется сотрудниками, имеющими значительную физическую силу. Этим способом возможна переноска бессознательных пострадавших. Нежелательно так переносить пострадавших с подозрением на травму позвоночника.

*Перемещаем пострадавшего на руках, если у того нет травмы позвоночника.*

### **Формирование «замка» из четырех рук**

Руки берутся таким образом, чтобы обхватить запястье другой руки и руки помощника. Фиксация кистей должна быть достаточной прочной, чтобы удержать пострадавшего.



*Делаем с помощником «замок»  
из четырех рук.*

### **Переноска пострадавшего вдвоем на «замке» из четырех рук**

После формирования «замка», пострадавший усаживается на него, после чего сотрудники поднимают его и переносят. Пострадавший может придерживаться за плечи сотрудников.



*Переносим с помощником  
пострадавшего  
на «замке» из четырёх рук.*

### **Переноска пострадавшего с поддержкой вдвоем на «замке» из трех рук с поддержкой под спину**

Таким образом, осуществляется переноска пострадавших, у которых есть риск потери сознания или пострадавших, которые не могут удержаться на «замке» из четырех рук.



*Переносим с помощником пострадавшего на «замке» из трех рук и поддерживаем его под спину.*

### **Переноска пострадавшего вдвоем за руки и ноги**

При переноске этим способом один из сотрудников держит пострадавшего под мышки, а другой под колени. Движение при этом производится вперед.

### **Переноска пострадавшего на носилках**

При переноске на дальние расстояния целесообразно использовать табельные или импровизированные мягкие носилки. При этом один из сотрудников обязательно должен руководить процессом перекладывания пострадавшего на носилки и их подъема.



*Осуществляем с помощниками переноску пострадавшего на импровизированных мягких носилках.*

## Переноска пострадавшего с подозрением на травму позвоночника

Для переноски пострадавшего с подозрением на травму позвоночника необходимо несколько человек, которые под руководством одного из сотрудников поднимают и переносят пострадавшего.



*При переноске пострадавшего с подозрением на травму позвоночника привлекаем достаточное количество помощников.*

### При переноске необходимо фиксировать голову и шею пострадавшего предплечьями

Фиксация головы и шеи пострадавшего с подозрением на травму позвоночника предплечьями участника оказания первой помощи при его подъеме и переноске.



*При переноске пострадавшего с травмой позвоночника фиксируем его голову и шею.*

### Фиксация пострадавшего за предплечье при извлечении из автомобиля

К устранению угрожающих факторов также относится экстренное извлечение пострадавшего из автомобиля или труднодоступного места в случае, если он не может выбраться самостоятельно. Извлечение пострадавшего выполняется только при наличии угрозы для его жизни и здоровья и невозможности оказания первой помощи в тех условиях, в

которых находится пострадавший. В зависимости от наличия или отсутствия сознания пострадавший должен извлекаться различными способами. Если пострадавший находится в сознании, его экстренное извлечение производится так: руки участника оказания первой помощи проводятся под мышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу.

*При наличии угрозы для жизни и здоровья пострадавшего необходимо извлечь его из транспортного средства.*

### **Фиксация головы пострадавшего рукой**

При извлечении пострадавшего, находящегося без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника, необходимо фиксировать ему голову и шею. При этом одна из рук участника оказания первой помощи фиксирует за нижнюю челюсть голову пострадавшего, а вторая держит его противоположное предплечье.



*При извлечении из транспортного средства пострадавшего, находящегося без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника, необходимо фиксировать ему голову и шею.*

### **Переноска пострадавшего двумя сотрудниками**



После извлечения следует попросить помощника подхватить пострадавшего за ноги и переместить его в безопасное место. Переноску пострадавшего следует осуществлять аккуратно, в щадящем режиме для снижения риска причинения ему дополнительных повреждений и страданий.

*Переноску пострадавшего осуществляем аккуратно, в щадящем режиме.*

## ***Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб***

### **Поручение привлеченному помощнику**

При отсутствии признаков дыхания необходимо поручить помощнику, вызвать скорую медицинскую помощь. Указания следует давать кратко, понятно, информативно: «Человек не дышит. Вызывайте



«скорую». Сообщите мне, что вызвали». При отсутствии возможности привлечения помощника, скорую медицинскую помощь следует вызвать самостоятельно.

*Указания помощнику  
даем кратко, четко,  
информативно.*

### **Вызов скорой медицинской помощи по стационарному или мобильному телефону**

При вызове необходимо обязательно сообщить диспетчеру следующую информацию:

- место происшествия, что произошло;
- число пострадавших и тяжесть их состояния;
- какая помощь оказывается;
- телефонную трубку положить последним после ответа диспетчера!

Вызов скорой медицинской помощи может осуществляться по стационарному или мобильному телефонам, а также с применением других средств связи, например, с помощью радиостанций.



*При вызове скорой медицинской помощи  
помощник сообщает диспетчеру  
необходимую информацию  
о происшествии, количестве  
пострадавших и об оказываемой помощи.*

## **Тема 3. Алгоритм сердечно-легочной реанимации и тактика поведения сотрудника ГИБДД при оказании первой помощи пострадавшему в бессознательном состоянии**

### ***Определение наличия сознания у пострадавшего***

#### **Проверка сознания у пострадавшего**

Оценка состояния пострадавшего заключается, прежде всего, в определении у него наличия сознания и признаков жизни (дыхания и кровообращения). Для проверки сознания необходимо аккуратно потормошить пострадавшего за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна ли Вам помощь?».

Человек, находящийся в бессознательном состоянии, не сможет ответить на эти вопросы.



*Определяем у пострадавшего наличие сознания.*

#### **Привлечение помощника**

При отсутствии сознания следует громко позвать на помощь, обращаясь к конкретному человеку, находящемуся рядом с местом происшествия (очевидцу происшествия, другому сотруднику МВД). В дальнейшем их можно будет привлечь к обеспечению безопасности на месте происшествия, оказанию первой помощи, вызову экстренных служб.



*Если нам нужен помощник,  
то громко обращаемся  
с просьбой к конкретному  
человеку.*

## ***Восстановление проходимости дыхательных путей и определение признаков жизни у пострадавшего***

### **Восстановление проходимости дыхательных путей**

Наиболее простым и объективным способом определения признаков жизни в настоящий момент является оценка наличия дыхания у пострадавшего с помощью слуха, зрения и осязания. Для определения наличия дыхания необходимо, прежде всего, восстановить проходимость дыхательных путей у пострадавшего. Для этого следует одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок и запрокинуть голову. При подозрении на травму шейного отдела позвоночника запрокидывание следует выполнять максимально аккуратно и щадяще.



*Чтобы определить наличие дыхания  
у пострадавшего необходимо  
восстановить проходимость  
его дыхательных путей.*

## Проверка наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания

Для проверки дыхания следует наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 сек. послушать дыхание, почувствовать его своей щекой и посмотреть на движения грудной клетки. При отсутствии дыхания грудная клетка пострадавшего останется неподвижной, звуков его дыхания не будет слышно, выдыхаемый воздух изо рта и носа не будет ощущаться щекой. Отсутствие признаков дыхания определяет необходимость вызова скорой медицинской помощи и проведения сердечно-легочной реанимации.



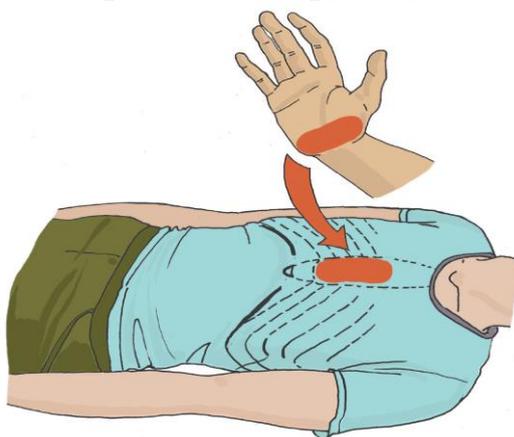
*Чтобы проверить дыхание пострадавшего, необходимо наклониться щекой к его рту и носу и в течение 10 сек. послушать дыхание.*

## Проведение сердечно-легочной реанимации

### Определение точки надавливания

Проведение сердечно-легочной реанимации начинается с надавливаний руками на грудину пострадавшего (компрессий грудной клетки).

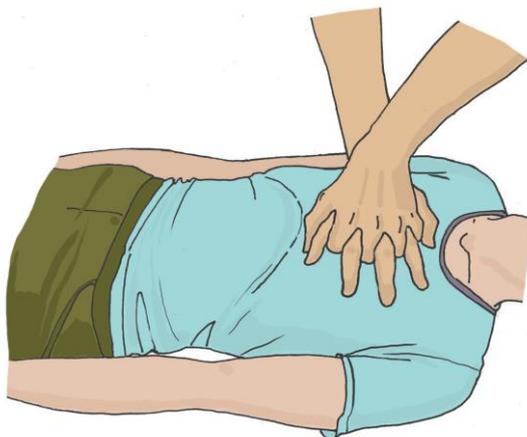
Для этого необходимо найти середину грудной клетки пострадавшего и расположить на ней основание одной из ладоней соотрудника МВД.



*Находим середину груди пострадавшего и кладем туда свою ладонь ее основанием.*

### Взятие рук в замок

Далее следует поместить вторую ладонь поверх первой, взять кисти в замок, выпрямить руки в локтях и приступить к надавливаниям на грудную клетку на глубину 5-6 см с частотой 100-120 надавливаний в минуту.



*Располагаем вторую ладонь поверх первой, берём руки в замок и надавливаем на глубину 5-6 см с частотой 100-120 надавливаний в минуту.*

### **Проведение сердечно-легочной реанимации**

#### **Проведение надавливаний на грудную клетку**

Пострадавший при этом должен находиться на твердой ровной поверхности. Компрессии грудной клетки осуществляются в переднезаднем направлении перпендикулярно плоскости тела пострадавшего. При их проведении руки сотрудника должны быть выпрямлены в локтях. Давление на грудную клетку осуществляется не силой рук, а переносом тяжести тела человека, оказывающего первую помощь.



*Давление на грудную клетку осуществляем не силой рук, а переносом тяжести нашего тела.*

#### **Запрокидывание головы и зажатие носа**

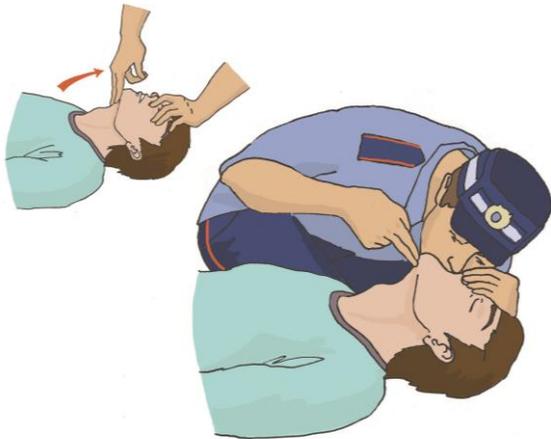
После 30 компрессий грудной клетки необходимо выполнить два вдоха искусственного дыхания. Для этого следует снова восстановить проходимость дыхательных путей (запрокинуть голову и поднять подбородок). Для обеспечения герметичности дыхательных путей необходимо зажать нос пострадавшего двумя пальцами руки сотрудника, находящейся на лбу.



*После выполнения 30 компрессий грудной клетки выполняем два вдоха искусственного дыхания.*

## **Проведение сердечно-легочной реанимации**

### **Выполнение вдоха искусственного дыхания**



После этого выполнить самостоятельный вдох, плотно обхватить губы пострадавшего своими губами и произвести выдох в рот пострадавшего продолжительностью не дольше 1 секунды до начала подъема грудной клетки.

*Выполняем выдох в рот пострадавшего до начала подъема его грудной клетки.*

### **Контроль пассивного выдоха пострадавшего**



По окончании вдоха следует убрать губы ото рта пострадавшего и дождаться его пассивного выдоха (грудная клетка при этом опустится), продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей. После этого надо повторить вдох искусственного дыхания.

*Дожидаемся пассивного выдоха пострадавшего и повторяем вдох искусственного дыхания.*

## Проведение сердечно-легочной реанимации

### Применение дыхательного мешка для искусственного дыхания

Для проведения искусственного дыхания можно использовать соответствующие медицинские изделия, входящие в состав аптечек и укладок, например дыхательный мешок. Порядок и правила использования этих устройств определяются инструкцией по их использованию (составляется производителем), уровнем подготовки сотрудников МВД и характером их оснащения.



*Если в нашем оснащении имеется дыхательный мешок, необходимо использовать его для проведения сердечно-легочной реанимации. Правила эксплуатации мешка написаны в его инструкции по применению.*

Таким образом, проведение сердечно-легочной реанимации состоит из оценки сознания пострадавшего, определение наличия или отсутствия признаков жизни (прежде всего, нормального дыхания), вызова скорой медицинской помощи и проведения надавливаний на грудину пострадавшего и выполнения искусственного дыхания. Если при проведении реанимационных мероприятий появляются признаки наружного артериального кровотечения, необходимо произвести его остановку самостоятельно или привлекая помощников.

Реанимационные мероприятия продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи или других аварийно-спасательных формирований и распоряжения их сотрудников о прекращении этих действий, либо до появления явных признаков жизнедеятельности у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания и кровообращения, возникновения кашля, произвольных движений).

В случае появления признаков жизни необходимо обеспечить поддержание проходимости дыхательных путей (в т. ч. при отсутствии противопоказаний – приданием устойчивого бокового положения), провести осмотр пострадавшего на наличие травм (при необходимости – выполнить необходимые действия по оказанию первой помощи) и

осуществлять контроль признаков жизни до прибытия скорой медицинской помощи или других аварийно- спасательных формирований.

В случае длительного проведения реанимационных мероприятий и возникновения физической усталости у сотрудника МВД необходимо привлечь помощника к осуществлению этих мероприятий. Большинство современных отечественных и зарубежных рекомендаций по проведению базовой сердечно-легочной реанимации предусматривают смену ее участников примерно каждые 2 мин. или спустя четыре цикла компрессий/вдохов.

## **Первая помощь при бессознательном состоянии.**

### ***Поддержание проходимости дыхательных путей (придание пострадавшему устойчивого бокового положения)***

#### **Шаг первый**

При отсутствии сознания с сохраненным дыханием следует поддерживать проходимость дыхательных путей у пострадавшего. Одним из вариантов поддержания проходимости дыхательных путей является придание пострадавшему устойчивого бокового положения. Это положение позволяет уменьшить риск попадания в дыхательные пути крови, слюны или содержимого желудка пострадавшего, или перекрытия их языком.

Для придания устойчивого бокового положения вначале необходимо положить одну руку пострадавшего в сторону.



*Кладём руку пострадавшего  
в сторону.*

#### **Шаг второй**

Вторую руку следует приложить тыльной стороной к щеке пострадавшего. При этом следует придерживать его руку своей рукой, поскольку у человека находящегося без сознания, мышцы тела расслаблены, и его рука не будет самостоятельно сохранять приданное ей положение.



*Другую руку кладём тыльной стороной к щеке пострадавшего.*

### **Шаг третий**

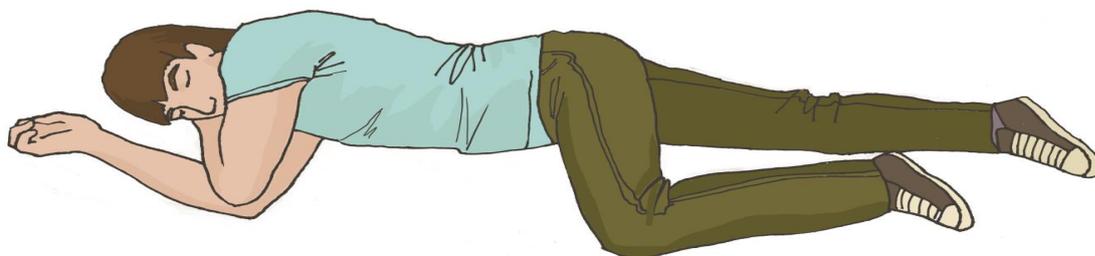


*Сгибаем дальнюю от нас ногу пострадавшего в колене и ставим ее таким образом, чтобы она опиралась на стопу.*

После этого необходимо согнуть дальнюю от сотрудника МВД ногу пострадавшего в колене и поставить ее таким образом, чтобы она опиралась на стопу. Затем следует надавить на колено этой ноги в указанном на рисунке направлении.

### **Шаг четвертый**

При надавливании на колено, как на рычаг, туловище и голова пострадавшего поворачиваются набок. После этого необходимо слегка запрокинуть голову пострадавшего и проконтролировать положение ноги, оказавшейся вверху (она должна быть согнута и подтянута к животу пострадавшего).



*При надавливании на колено, как на рычаг, туловище и голова пострадавшего поворачиваются набок.*

Пострадавший, находящийся в бессознательном состоянии и имеющий явные признаки тяжелых травм (переломов костей, подозрения на травму позвоночника), следует поворачивать набок крайне осторожно, только при угрозе вдыхания слюны, крови и содержимого желудка. При этом необходимо фиксировать поврежденные конечности, голову и позвоночник (включая его шейный отдел).



*Пострадавшего с признаками травм переворачивают набок, фиксируя шею.*

#### **Тема 4. Правила и порядок первой помощи при кровопотере и травматическом шоке. Понятие и виды кровотечений**

Объем циркулирующей крови взрослого человека с массой тела 70 кг составляет около 5 литров (65 – 70 мл/кг веса).

**Кровотечение** – истечение крови из поврежденных сосудов.

**Причины кровотечений:**

- Ранение
- Закрытые травмы
- Осложнения некоторых заболеваний

**Острая кровопотеря** – потеря большого количества крови за короткий промежуток времени.

**Кровотечения бывают:**

- *Наружные* из ран
- *Внутренние*
- под кожу (синяк),
- в мягкие ткани (гематома),
- в полости организма.

#### **Косвенные признаки острой кровопотери**

- Жалобы пострадавшего на головокружение и слабость.
- Нарастающая бледность кожных покровов.
- Кожа холодная и влажная на ощупь.

- Пульс частый плохо определяется или не определяется на руке в области запястья (снижение артериального давления).
- Учащение дыхания.
- Нарушение сознания.

## **Наружные кровотечения**

### **Артериальное кровотечение**

- Кровь алого цвета
- «Бьет» пульсирующей струей из раны
- Скорость кровотечения наибольшая
- Самостоятельно не останавливается

### **Венозное кровотечение**

- Кровь вишневого цвета, темная
- Вытекает из раны непрерывной струей
- Самостоятельно не останавливается

### **Капиллярное кровотечение (кровотечение из мельчайших сосудов)**

- Наименее интенсивное
- Может самостоятельно останавливаться

## ***Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения***

Обзорный осмотр осуществляется достаточно быстро, в течение 2-3 секунд. Цель осмотра – обнаружить явные признаки наружного кровотечения (прежде всего, артериального). Признаками артериального кровотечения могут быть пульсирующая алая струя крови, быстро расплывающаяся лужа крови алого цвета, быстро пропитываемая кровью одежда пострадавшего.

Венозное кровотечение представляет собой струю темного (темно-вишневого) цвета, разной интенсивности. Капиллярное кровотечение выглядит как незначительное выделение крови из раны. Смешанное кровотечение наблюдается при глубоких обширных ранениях или ампутациях конечностей, оно выглядит как сочетание артериального и венозного кровотечения.

## Обзорный осмотр пострадавшего



*В течение 2-3 сек. совершаем обзорный осмотр пострадавшего с целью обнаружить признаки наружного кровотечения.*

По внешним признакам кровотечения подразделяются на следующие виды:

- наружное кровотечение сопровождается повреждением кожных покровов, при этом кровь изливается наружу;
- внутреннее кровотечение чаще всего возникает при тупых травмах грудной клетки, живота, сопровождающихся повреждением внутренних органов – легких, печени, селезенки.

Основным признаком внутреннего кровотечения является сочетание боли в месте травмы и признаков кровопотери:

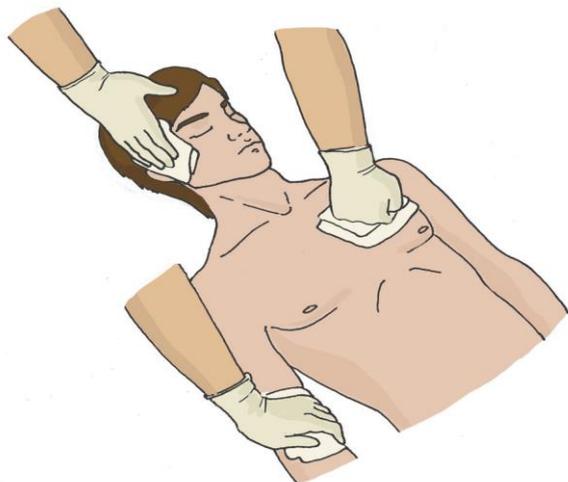
- резкая общая слабость;
- чувство жажды;
- головокружение;
- мелькание мушек перед глазами;
- обморок, чаще при попытке встать;
- тошнота и рвота;
- бледная, влажная и холодная кожа;
- учащённый слабый пульс;
- частое дыхание.

При обнаружении признаков кровотечения следует постараться остановить его доступными приемами. В настоящее время при оказании первой помощи используются следующие способы временной остановки кровотечения:

1. Прямое давление на рану.
2. Пальцевое прижатие артерии.
3. Наложение кровоостанавливающего жгута (табельного и импровизированного).
4. Максимальное сгибание конечности в суставе.
5. Наложение давящей повязки.

## Прямое давление на рану

Прямое давление на рану является наиболее простым способом остановки кровотечений. При его использовании рана закрывается стерильными салфетками или стерильным бинтом, после чего на область раны осуществляется давление рукой участника оказания первой помощи с силой, достаточной для остановки кровотечения. Для наложения на рану можно использовать любую подручную ткань. Допустимо осуществлять давление на рану рукой участника оказания первой помощи (рекомендуется использовать медицинские перчатки).



*Давим рукой на рану,  
по возможности используя при этом  
стерильный бинт или салфетки.*

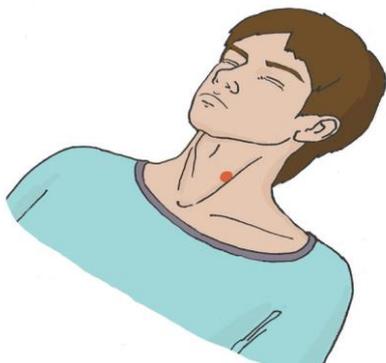
## Пальцевое прижатие артерий

Пальцевое прижатие артерии к кости в нижеуказанных точках позволяет достаточно быстро и эффективно останавливать кровотечение из крупных артерий. Выбор точек обусловлен возможностью прижатия артерии к кости. Результатом является прекращение поступления крови к поврежденному участку сосуда и остановка или значительное ослабление кровотечения. Пальцевое прижатие артерии (так же, как и прямое давление на рану) используется в первые секунды после обнаружения кровотечения и начала оказания первой помощи, предшествуя наложению кровоостанавливающего жгута. Кроме того, пальцевое прижатие артерии может быть как самостоятельным способом остановки кровотечения, так и использоваться в комплексе с другими способами (например, с давящей повязкой на рану). Эффективность и правильность использования этого способа определяются по уменьшению или остановке кровотечения.

Общая сонная артерия прижимается на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения ниже раны.

## Точка пальцевого прижатия сонной артерии

Общая сонная артерия прижимается на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения ниже раны.



*Прижимаем общую сонную артерию на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения ниже раны.*

## Пальцевое прижатие артерии четырьмя пальцами

Давление в указанную точку может осуществляться четырьмя пальцами одновременно по направлению к позвоночнику, при этом сонная артерия придавливается к нему.



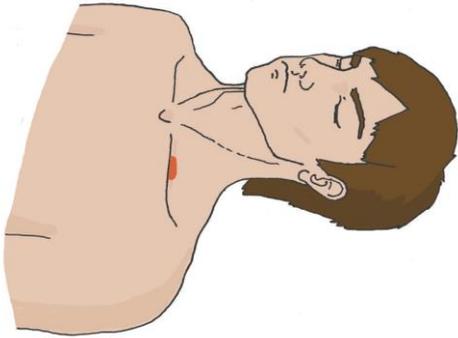
*Осуществляем давление в указанную точку четырьмя пальцами одновременно.*

Другим вариантом пальцевого прижатия сонной артерии является давление в ту же точку большим пальцем по направлению к позвоночнику. Прижимать необходимо с достаточной силой, так как кровотечения из сонной артерии очень интенсивные.



*Прижимаем сонную артерию большим пальцем.*

## Точка прижатия подключичной артерии

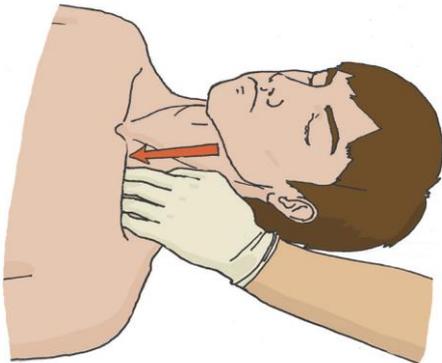


*Определяем точку прижатия подключичной артерии.*

Подключичная артерия прижимается в ямке над ключицей к первому ребру.

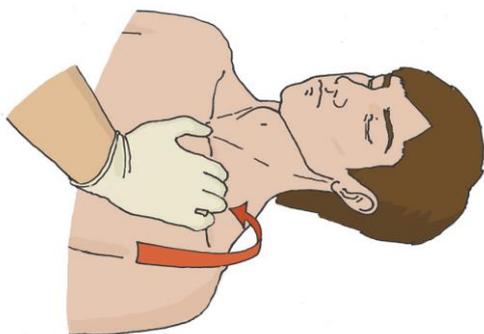
Осуществлять давление в точку прижатия подключичной артерии можно с помощью четырех выпрямленных пальцев. Другим способом пальцевого прижатия подключичной артерии является давление согнутыми пальцами (как показано на рисунке).

## Прижатие подключичной артерии выпрямленными пальцами



*Осуществляем давление при помощи четырех выпрямленных пальцев.*

## Прижатие подключичной артерии согнутыми пальцами



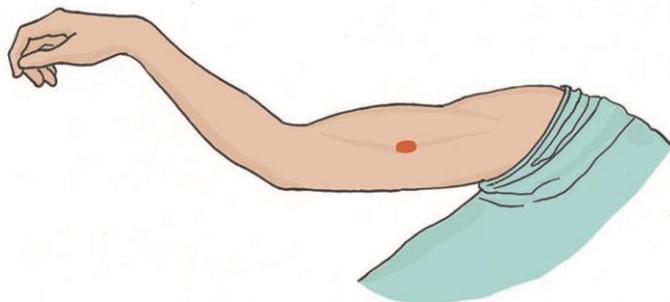
*Осуществляем давление при помощи четырех согнутых пальцев.*

## Пальцевое прижатие плечевой артерии

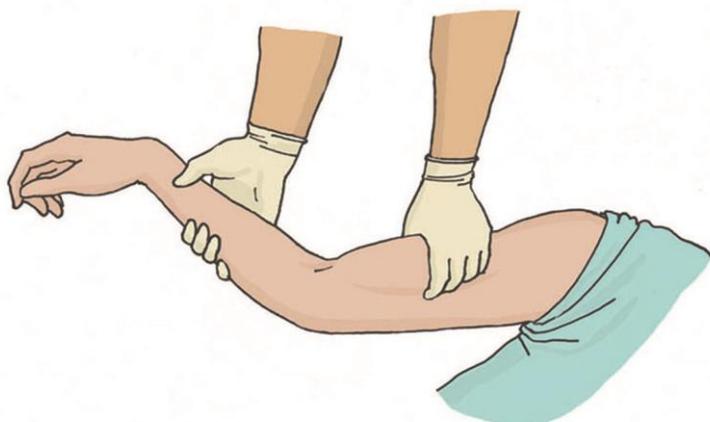
Плечевая артерия прижимается к плечевой кости с внутренней стороны между бицепсом и трицепсом, если кровотечение возникло из ран средней и нижней трети плеча, предплечья и кисти.

Давление на точку прижатия осуществляется с помощью четырех пальцев кисти, обхватывающей плечо пострадавшего сверху или снизу.

Точка пальцевого прижатия плечевой артерии



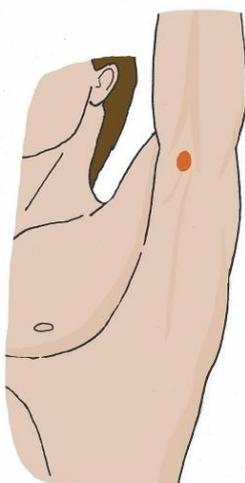
*Определяем точку  
пальцевого прижатия  
плечевой артерии.*



*Осуществляем давление на  
точку прижатия с помощью  
четырех пальцев кисти.*

## Точка пальцевого прижатия подмышечной артерии

Подмышечная артерия при кровотечении из раны плеча ниже плечевого сустава прижимается к плечевой кости в подмышечной впадине.



*Прижимаем подмышечную артерию  
ниже плечевого сустава к плечевой  
кости в подмышечной впадине.*

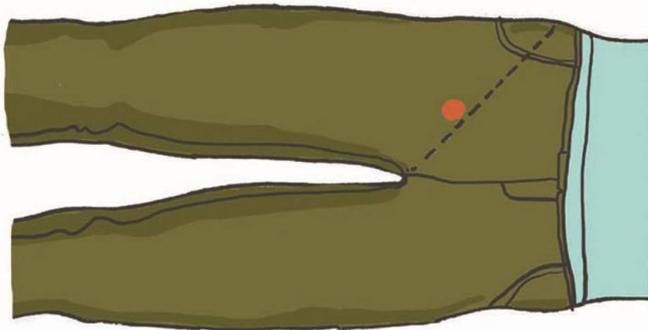
Давление в точку прижатия подмышечной артерии производится прямыми, жестко зафиксированными пальцами с достаточной силой в направлении плечевого сустава. При этом область плечевого сустава пострадавшего следует придерживать свободной рукой.



*Давим прямыми пальцами  
в точку прижатия  
подмышечной артерии.*

### **Точка прижатия бедренной артерии**

Бедренная артерия прижимается в паховой области при кровотечении из ран в области бедра.



*Определяем точку прижатия  
бедренной артерии*

### **Прижатие бедренной артерии кулаком**

Давление выполняется кулаком, зафиксированным второй рукой, весом тела участника оказания первой помощи.



*Давление на бедренную артерию  
выполняем кулаком.*

## **Наложение кровоостанавливающего жгута**

Наложение кровоостанавливающего жгута может применяться для более продолжительной временной остановки сильного артериального кровотечения. Жгут следует накладывать в соответствии со следующими правилами:

Основные правила наложения резинового жгута:

1. Жгут следует накладывать только при артериальном кровотечении из плечевой и бедренной артерий.

2. Жгут необходимо накладывать между раной и сердцем, максимально близко к ране. Если место наложения жгута приходится на среднюю треть плеча и на нижнюю треть бедра, следует наложить жгут выше.

3. Жгут на голое тело накладывать нельзя, только поверх одежды или тканевой (бинтовой) прокладки.

4. Перед наложением жгут следует завести за конечность и растянуть.

5. Кровотечение останавливается первым (растянутым) туром жгута, все остальные (фиксирующие) туры накладываются так, чтобы каждый последующий тур примерно наполовину перекрывал предыдущий.

6. Жгут не должен быть закрыт повязкой или одеждой, т.е. должен быть на виду.

7. Точное время наложения жгута следует указать в записке, записку поместить под жгут.

8. Максимальное время нахождения жгута на конечности не должно превышать 60 минут в теплое время года и 30 минут в холодное.

9. После наложения жгута конечность следует обездвижить и укутать доступными способами.

10. Если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, следует сделать следующее:

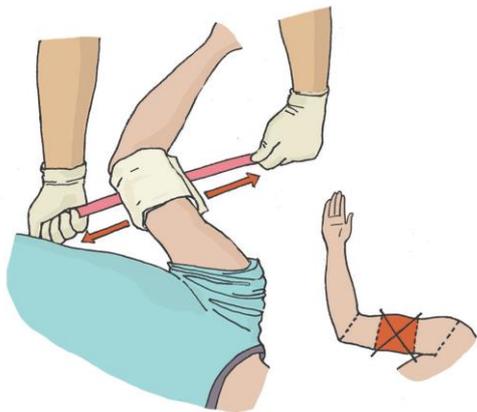
- осуществить пальцевое прижатие артерии выше жгута;
- снять жгут на 15 минут;
- по возможности выполнить лёгкий массаж конечности, на которую был наложен жгут;
- наложить жгут чуть выше предыдущего места наложения;
- максимальное время повторного наложения – 15 минут;
- при необходимости – повторить.

Импровизированные жгуты накладываются по тем же правилам.

## **Наложение резинового кровоостанавливающего жгута**

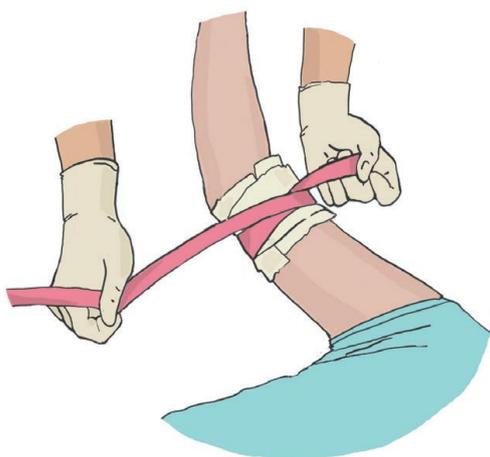
На конечность накладывается тканевая прокладка, жгут подводится под конечность и растягивается. Красным выделены участки плеча и

бедра, накладывать на которые жгуты любой конструкции не рекомендуется.



*Растягиваем кровоостанавливающий жгут.*

Далее растянутый жгут оборачивается вокруг конечности, после чего накладываются последующие туры.



*Оборачиваем растянутый жгут вокруг конечности и останавливаем кровотечение первым оборотом жгута.*

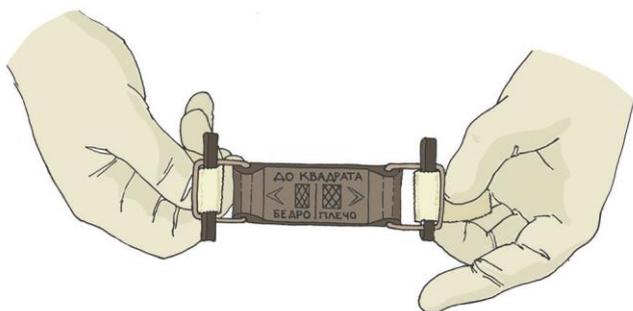
По окончании наложения жгута он фиксируется имеющимися на нем креплениями. Под жгут подкладывается записка с указанием времени наложения, рука пострадавшего иммобилизуется.



*Фиксируем жгут имеющимися на нем креплениями, подкладываем записку.*

## Внешний вид кровоостанавливающего жгута с дозированной компрессией

Для остановки артериального кровотечения может использоваться жгут с дозированной компрессией.

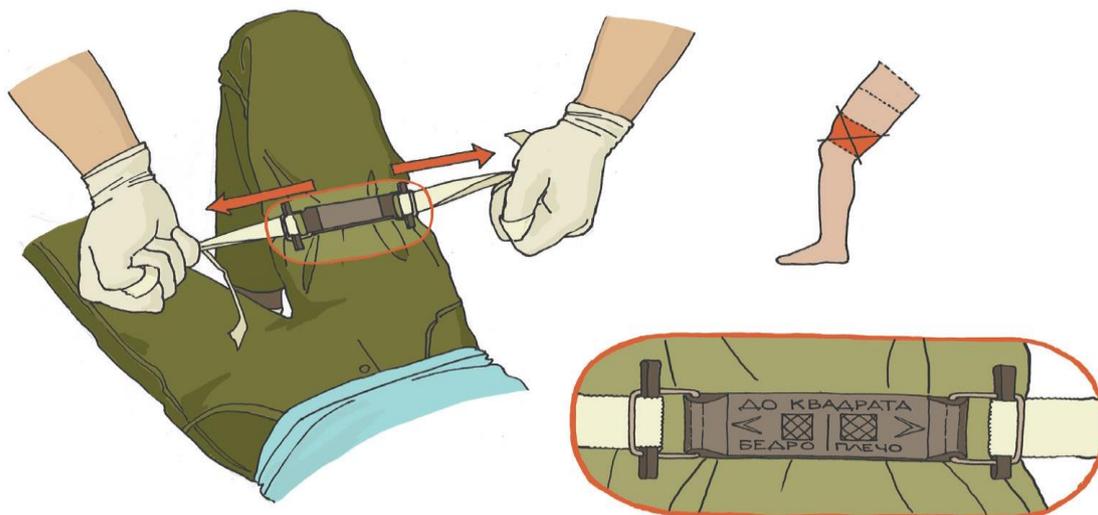


*Используем жгут с дозированной компрессией для остановки артериального кровотечения.*

На резиновой вставке жгута имеются прямоугольники с надписью «Бедро» и «Плечо». При растяжении вставки они превращаются в квадраты. Превращение прямоугольника в квадрат на соответствующей конечности свидетельствует о достижении необходимого для остановки артериального кровотечения усилия давления.

## Наложение кровоостанавливающего жгута с дозированной компрессией

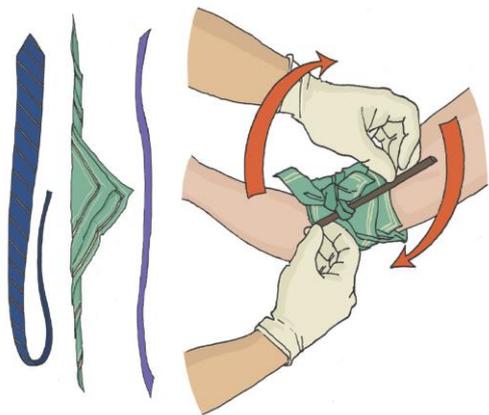
Для наложения жгута он заводится на поврежденную конечность, концы ленты растягиваются в стороны и автоматически фиксируются пряжкой. Красным выделены участки плеча и бедра, накладывать на которые жгуты любой конструкции не рекомендуется.



*Нельзя накладывать жгут на нижнюю треть бедра!*

## **Наложение импровизированного кровоостанавливающего жгута (жгута-закрутки)**

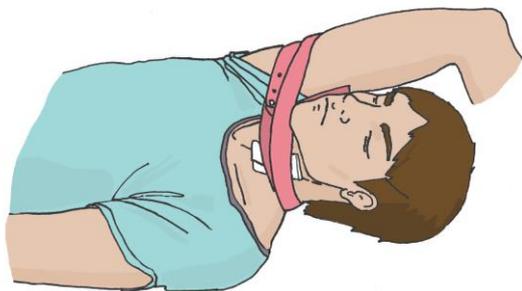
В качестве жгута можно использовать тесьму, платок, галстук и другие подобные вещи. Для остановки кровотечения в этом случае из указанных материалов делается петля, закручивающаяся до остановки или значительного ослабления артериального кровотечения с помощью любого прочного предмета (металлического или деревянного прута).



*В качестве жгута необходимо использовать тесьму, платок, галстук и другие подобные вещи.*

## **Наложение давящей повязки с использованием жгута**

Используется при сильном кровотечении из сосудов шеи. Для предупреждения прекращения кровоснабжения головного мозга вследствие перекрытия сосудов на стороне, противоположной ранению, жгут накладывается через руку пострадавшего или подручные материалы (например, доску).



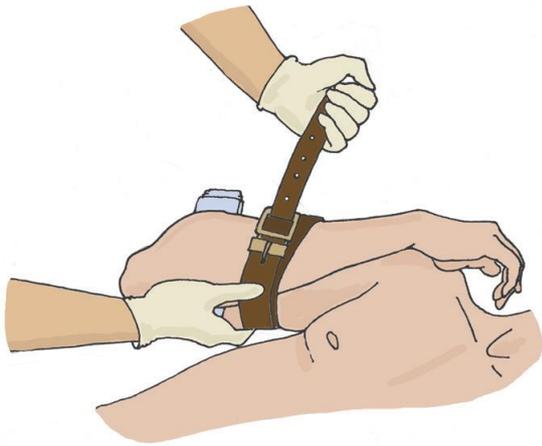
*Применяем давящую повязку с использованием жгута при сильном кровотечении из сосудов шеи на особых условиях.*

## **Максимальное сгибание руки в локтевом суставе**

Максимальное сгибание конечности в суставе приводит к перегибу и сдавлению кровеносного сосуда, что способствует прекращению кровотечения. Этот способ достаточно эффективно останавливает кровотечение. Для повышения эффективности в область сустава необходимо вложить 1-2 бинта или свернутую валиком одежду. После

сгибания конечность фиксируют руками, несколькими турами бинта или подручными средствами (брючным ремнем). При кровотечениях из ран верхней части плеча и подключичной области верхнюю конечность заводят за спину со сгибанием в локтевом суставе и фиксируют бинтом или обе руки заводят назад со сгибанием в локтевых суставах и притягивают друг к другу бинтом.

Для остановки кровотечения из предплечья в локтевой сгиб вкладывают валик, конечность максимально сгибают в локтевом суставе и предплечье фиксируют к плечу в таком положении, например, ремнем.



*Для остановки кровотечения из предплечья в локтевой сгиб вкладываем валик, конечность максимально сгибаем в локтевом суставе и фиксируем.*

### **Максимальное сгибание ноги в коленном суставе**

При повреждении сосудов стопы, голени и подколенной ямки в последнюю вкладывают несколько бинтов или валик из ткани, после чего конечность сгибают в коленном суставе и фиксируют в этом положении бинтом.



*Для остановки кровотечения из голени и стопы в коленный сгиб вкладываем валик, конечность максимально сгибаем в коленном суставе, фиксируем.*

## Максимальное сгибание ноги в тазобедренном суставе

Для остановки кровотечения при травме бедра и паха нижнюю конечность сгибают в тазобедренном суставе и фиксируют руками или бинтом. В паховую складку вкладывают валик из ткани или несколько бинтов.

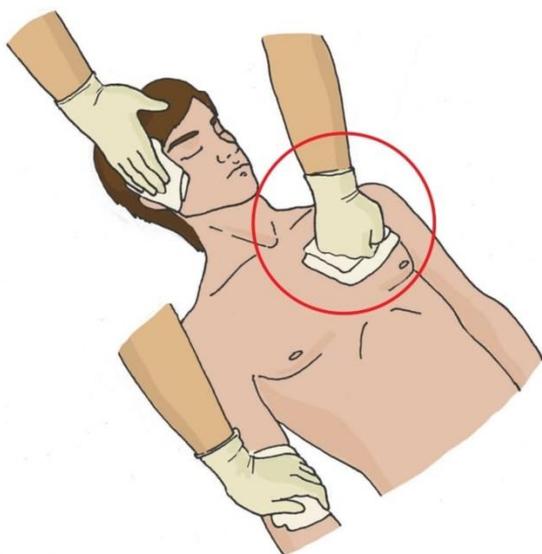


*Чтобы остановить кровотечение при травме бедра или паха, сгибаем ногу в тазобедренном суставе и фиксируем.*

## Прямое давление на рану на голове

Остановка кровотечения при ранении головы возможна путем прямого давления на рану. При этом давление осуществляется для прижатия поврежденных сосудов к костям черепа. Нельзя применять этот способ при обнаружении видимых ранений и подозрений на переломы костей черепа.

## Остановка кровотечения при ранении грудной клетки прямым давлением на рану



Временную остановку кровотечения при ранении груди можно произвести прямым давлением на рану. При том способе на рану накладываются сериальные салфетки или бинт, после чего осуществляется давление на рану.

## **Тема 5. Понятие раны, классификация ран. Алгоритмы оказания первой помощи при травмах груди (гемоторакс и пневмоторакс), живота и головы**

*Открытым повреждением, или раной*, называется зияющее нарушение целостности покровов (кожи, слизистых оболочек) с возможным разрушением глубжележащих тканей.

**Опасностями раны являются:**

- а) кровотечение с развитием острой анемии;
- б) шок, сопровождающийся нарушением функций жизненно важных органов;
- в) развитие инфекции;
- г) возможность нарушения целостности жизненно важных органов.

**По характеру повреждения тканей различают раны**

- колотые,
- резаные,
- рубленые,
- ушибленные,
- рваные,
- укушенные,
- отравленные,
- огнестрельные.

### **Бинтовые повязки**

#### **1. Циркулярная повязка**

Все повязки начинаются и заканчиваются наложением циркулярной повязки. Во время наложения циркулярной повязки каждый последующий тур накладывается на предыдущий, перекрывая его полностью. Циркулярную повязку можно наложить на голову, на конечность.

#### **2. Спиралевидная повязка**

Каждый последующий тур этой повязки накладывается на предыдущий, частично перекрывая его. Спиралевидная повязка накладывается на конечности, грудную клетку, живот. Для более прочной фиксации повязки накладывают спиралевидную повязку с «перекрутом» в каждом туре или через виток.

#### **3. Крестообразная или восьмиобразная повязка**

При наложении этой повязки каждый тур бинта накладывается в виде восьмерки. Эта повязка накладывается на части тела сложной формы: суставы, промежность, на глаза. Восьмиобразная повязка кроме фиксации

повязок на частях тела сложной формы, хорошо фиксирует сустав при повреждении связочного аппарата.

#### **4. Косыночные повязки**

Для таких повязок чаще всего используют треугольный платок-косынку, лучше из прочной хлопчатобумажной ткани.

##### **1). Косыночные повязки на голову «Бандана»**

1. Основание - на лоб, выше бровей.
2. Вершина закрывает затылок.
3. Концы перекрещиваются ниже затылка и оборачиваясь через голову выводятся на лоб, где завязываются.
4. Вершина заворачивается вверх и фиксируется булавкой.

##### **2). Косыночные повязки на верхнюю конечность**

Верхней конечности придают функционально выгодное положение - рука согнута в локтевом суставе.

Предплечье и кисть укладывают на середину полотнища косынки так, чтобы вершина находилась на локте; Концы оборачиваются вокруг шеи и завязываются на заднебоковой поверхности шеи (на здоровой стороне). Кисть не должна свисать с косынки.

##### **3). Косыночная повязка на локоть**

Уложить руку, согнутую в локте, на косынку так, чтобы предплечье лежало на середине полотнища косынки. Вершина В расположена выше локтя по задней поверхности плеча. Свободные концы А и С перекрещиваются на внутренней поверхности локтевого сустава, оборачиваются вокруг плеча и связываются на задней поверхности плеча выше локтя под вершиной В.

##### **4). Косыночная повязка на область плечевого сустава**

Косынкой накрывают область плечевого сустава так, чтобы вершина В находилась на надплечье около основания шеи.

Основание АС лежит на плече.

Концы А и С оборачивают вокруг плеча, перекрещивая на внутренней поверхности плеча и завязывают на плече.

Из вспомогательной косынки (бинт, пояс и др.) сворачивают жгут. Вершину В наворачивают на «жгут», который фиксируют через грудную клетку наподобие портупей.

##### **5). Косыночная повязка на кисть**

Косынку расстелить на столе. Кисть расположить на полотнище косынки так, чтобы пальцы были направлены на вершину В. Основание АС находится на нижней части предплечья выше запястья. Загнуть на кисть вершину В. Перекрестить концы А и С, обернуть их вокруг предплечья и завязать.

##### **6). Косыночная повязка на бедро.**

Эта повязка накладывается с использованием двух косынок. Принцип наложения такой-же, как на плечо. Первая косынка накрывает

наружную поверхность бедра таким образом, чтобы вершина В была направлена кверху. Концы А и С огибают бедро, перекрещиваются на внутренней поверхности, выводятся на наружную поверхность бедра и завязываются. Вторая косынка скручивается в жгут, на неё наворачивается вершина В. Вторая косынка завязывается вокруг пояса.

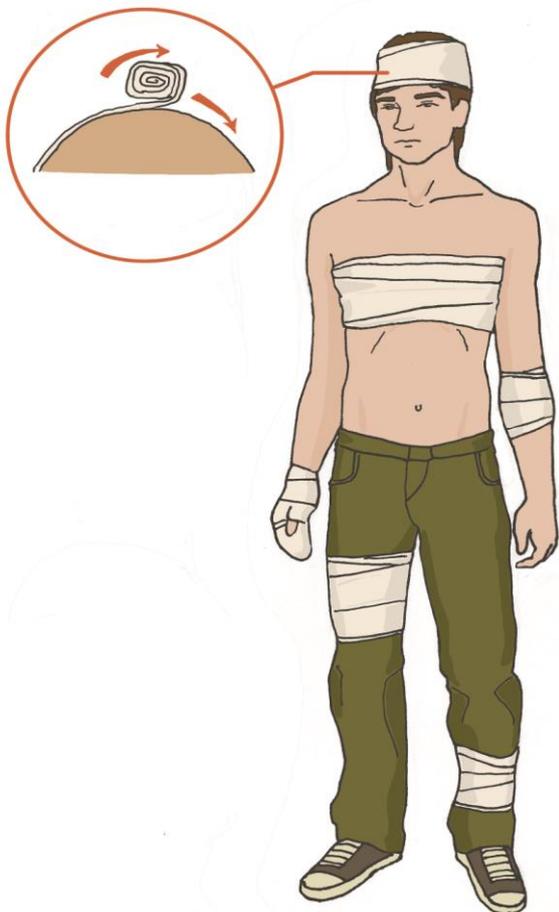
### **Пращевидные повязки**

Пращевидная повязка накладывается на раны подбородка, лба, затылка, носа.

Пращевидную повязку можно сделать из бинта или материи длиной 75-80 см. С обоих концов повязку разрезают, оставляя середину, длиной 20-25 см, целой. Неразрезанную часть полоски накладывают на нужную область, фиксируя стерильную салфетку, надрезанные концы каждой стороны перекрещивают так, чтобы нижняя полоска стала верхней, а верхняя - нижней и связывают между собой.

### **Повязка на голову**

Для более продолжительной остановки кровотечения можно использовать давящую повязку на голову. При ее наложении следует соблюдать общие принципы наложения бинтовых повязок (на рану желательнее положить стерильные салфетки из укладки, бинт должен раскатываться по ходу движения, при окончании наложения повязку следует закрепить, завязав свободный конец бинта вокруг конечности). Основная задача повязки – остановить кровотечение.



*При наложении давящей повязки на голову соблюдаем общие принципы наложения бинтовых повязок.*

## Травма груди

Травма груди возникает, как правило, в результате прямого механического воздействия на грудную клетку, приводящего к переломам рёбер. Внутренние органы травмируются костными отломками или распространяющейся кинетической энергией удара.

При ДТП повреждения чаще возникают:

- ✓ При ударе грудной клеткой о рулевое колесо
- ✓ При ударе пассажиров, если они не пристегнуты ремнями безопасности

безопасности

- ✓ При столкновении транспортных средств на большой скорости
- ✓ При наезде на пешехода

При травме грудной клетки

• нарушается целостность костного каркаса (переломы ребер, грудины) повреждаются:

- внутренние органы (легкие, сердце)
- воздухоносные пути и кровеносные сосуды
- дыхательные мышцы (диафрагма)

Травма грудной клетки бывает:

- проникающая или **открытая**, когда имеется сообщение через рану между органами грудной клетки и окружающей средой,

- не проникающая или **закрытая**, когда отсутствуют проникающие ранения в области грудной клетки.

### ***Проникающая или открытая травма грудной клетки***

✓ Наличие раны в области грудной клетки.

✓ При дыхании через рану может циркулировать воздух (на выдохе появляется кровавая пена).

✓ Нарушение целостности плевральной полости приводит к скоплению в ней воздуха и спадению легкого на стороне повреждения, что уменьшает количество поступающего кислорода в организм пострадавшего.

✓ Попадание воздуха в плевральную полость называется пневмотораксом.

### ***Непроникающая или закрытая травма грудной клетки***

✓ При множественных переломах ребер жизненная ёмкость легких уменьшается за счет уменьшения подвижности грудной клетки и легкого

✓ При отсутствии нарушения каркаса грудной клетки могут отмечаться признаки повреждения внутренних органов (скопление воздуха и/или крови в плевральной полости)

## Первая помощь при травме груди

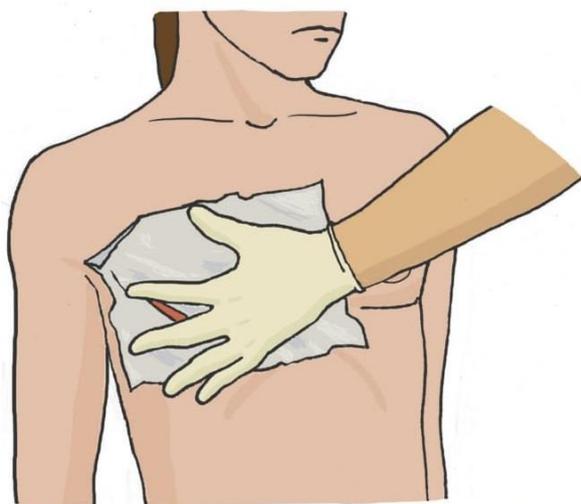
### **Наложение повязки на грудную клетку**

Другим способом остановки кровотечения является наложение давящей повязки на рану, которая накладывается в соответствии с общими правилами наложения таких повязок.

### **Закрытие проникающего ранения грудной клетки водонепроницаемым материалом (оболочкой от стерильного пакета)**

Значительную опасность для пострадавшего представляет так называемый пневмоторакс – травма грудной клетки, сопровождающаяся попаданием воздуха в полость грудной клетки и серьезными нарушениями дыхания и кровообращения у пострадавшего. Отсутствие своевременной и адекватной первой помощи существенно ухудшает состояние пострадавшего и может привести к смерти в течении нескольких минут. Признаками пневмоторакса являются тяжелое состояние пострадавшего, наличие раны на груди (при вдохе в эту рану затягивается воздух), при выходе из нее выделяется воздух с кровавой пеной.

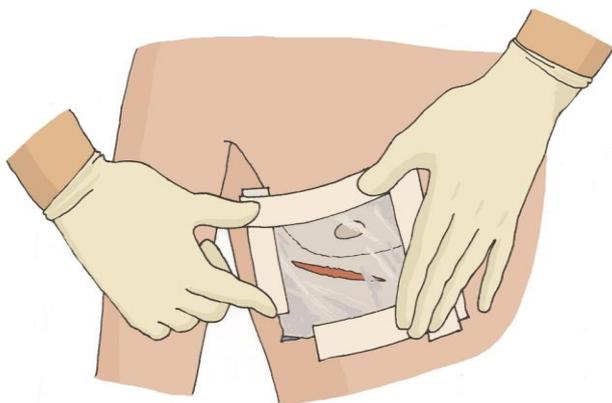
При оказании помощи таким пострадавшим необходимо как можно быстрее устранить открытый пневмоторакс наложением на рану окклюзионной повязки. Для этого на рану накладывается воздухонепроницаемый материал – упаковка от бинта, салфеток или индивидуального перевязочного пакета. Упаковка должна прикладываться внутренней стерильной стороной к ране.



*При наличии признаков попадания воздуха в грудную клетку закрываем рану воздухонепроницаемым материалом.*

### **Закрепление воздухонепроницаемого материала лейкопластырем (один из уголков материала оставлен свободным)**

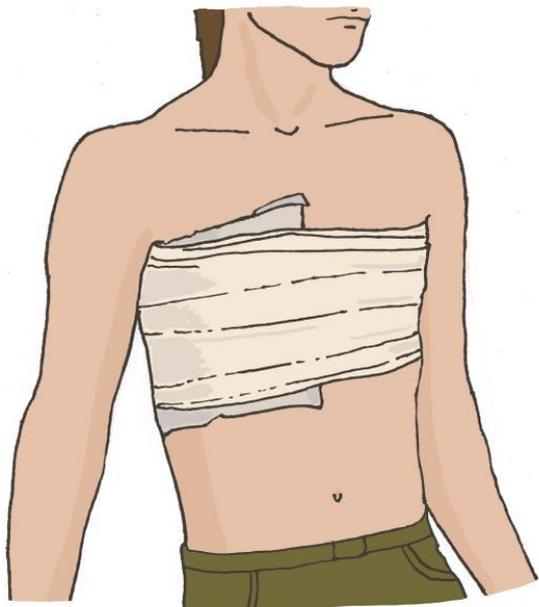
После наложения воздухонепроницаемого материала его можно закрепить лейкопластырем по периметру. Оставленный свободный уголок выполняет функцию клапана – не дает воздуху поступить в грудную клетку и позволяет снизить избыточное давление в ней.



*После наложения  
воздухонепроницаемого материала  
на рану закрепляем  
его по периметру лейкопластырем,  
при этом оставляем один  
свободный уголок.*

### **Закрепление воздухонепроницаемого материала повязкой**

Другим доступным способом является закрепление воздухо-непроницаемого материала бинтовой повязкой. На этапе наблюдения за пострадавшим до прибытия бригады скорой медицинской помощи или до доставки его в больницу необходимо контролировать наложение повязки.



*Также можно закрепить  
воздухонепроницаемый  
материал бинтовой повязкой.*

## Травма живота

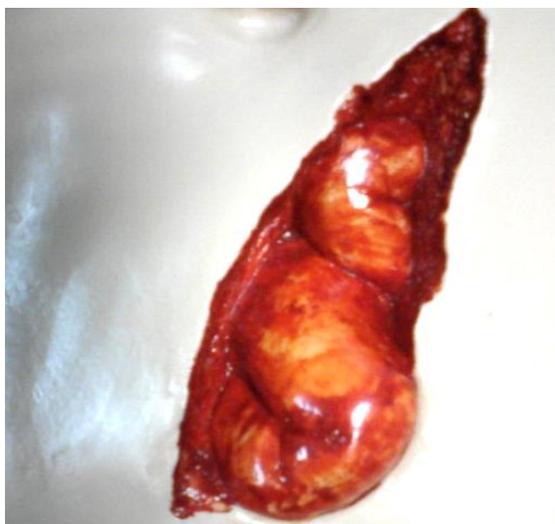
Повреждения органов живота разделяются

- ✓ на закрытые
- ✓ открытые

### *Признаки закрытого повреждения живота*

- ✓ Характеризуются целостностью кожных покровов
- ✓ Происходят от прямого удара в область живота
- ✓ Различают повреждения брюшной стенки и внутренних органов

### *Признаки проникающего (открытого) повреждения живота*



- ✓ Наличие раны в области живота
- ✓ Выпадение в рану органов живота
- ✓ Истечение в рану кишечного содержимого
- ✓ В сочетании с признаками закрытого повреждения живота.

## Первая помощь при травме живота

1. Нельзя давать пить и есть! Запрещено вправлять выпавшие органы.
2. Вокруг выпавших органов приложить марлевые бинты.
3. Не извлекать инородное тело, а зафиксировать его.
4. Наложить повязку, положить холод на повязку.
5. Защитить от переохлаждения, укутать одеялами.

## ЗАПРЕЩЕНО

- ✓ Поить, даже при сильной жажде
- ✓ Обезболивать таблетками, алкоголем
- ✓ При выпадении в рану внутренних органов:

- вправлять их в полость живота
- прикладывать холод
- накладывать давящие повязки
- ✓ При наличии инородного тела в ране
- зафиксировать инородное тело

## **Тема 6. Порядок первой помощи при повреждении костно-мышечной системы**

### ***Подробный осмотр пострадавшего и выполнение необходимых мероприятий первой помощи***

#### **Осмотр головы пострадавшего**



Подробный осмотр проводится для выявления травм различных областей тела. Он более детальный, чем обзорный и производится в определенной последовательности. Вначале осматривается и аккуратно ощупывается голова. Травмы головы являются наиболее опасными повреждениями, обнаруживаемыми при подробном осмотре. Основная опасность этих повреждений на

этапе оказания первой помощи заключается в значительном кровотечении при ранении волосистой части головы и потере сознания у пострадавшего на срок различной длительности. Потеря сознания может сопровождаться нарушениями проходимости дыхательных путей, что обуславливает необходимость придания пострадавшему устойчивого бокового положения. *Подробный осмотр начинается с аккуратного ощупывания головы пострадавшего.*

## Осмотр шеи пострадавшего



Шея пострадавшего осматривается для выявления возможных деформаций, костных выступов, болезненных мест. Осматривать следует крайне осторожно и аккуратно. При дорожно-транспортных происшествиях у пострадавших довольно часто возникают переломы шейного отдела позвоночника (в т.ч. так называемые «хлыстовые» - при ударе транспортного средства сзади). При неправильном оказании первой

помощи состояние пострадавшего может значительно ухудшиться, вплоть до развития остановки дыхания и кровообращения. Поэтому важным является фиксация шейного отдела позвоночника. Эта фиксация может осуществляться руками (например, при экстренном извлечении и перемещении пострадавшего) или с помощью специальных приспособлений (воротник-шина шейная).

*Осматриваем шею пострадавшего крайне осторожно.*

## Осмотр груди и спины пострадавшего

Грудная клетка пострадавшего осматривается и ощупывается в следующей последовательности «передняя поверхность – задняя поверхность – боковые стороны». Без особой необходимости не следует поворачивать пострадавшего, чтобы осмотреть спину, достаточно аккуратно ощупать. Опасность для жизни повреждений грудной клетки обусловлена наличием в ней жизненно важных органов – сердца и легких, а так же крупных сосудов.



*Вначале осматриваем переднюю поверхность грудной клетки, далее - заднюю, затем – боковые стороны.*

## Осмотр живота и таза пострадавшего

После осмотра грудной клетки следует осмотреть живот и область таза. Важно уделить внимание не только поиску открытых ран, но и наличию явно видимых кровоподтеков и ссадин как признаков возможной тупой травмы живота, внутренних органов и костей таза. Основную роль в спасении жизни пострадавших с повреждениями живота и таза играет фактор своевременной доставки пострадавшего в больницу. Поэтому основная задача сотрудника – внимательно осмотреть пострадавшего, заподозрить травму живота, вызвать скорую медицинскую помощь и до ее прибытия - оказать первую помощь пострадавшему.



*Осматриваем живот и таз пострадавшего на предмет ран. При осмотре живота уделяем внимание не только поиску открытых ран, но и признакам возможной тупой травмы.*

## Осмотр рук пострадавшего

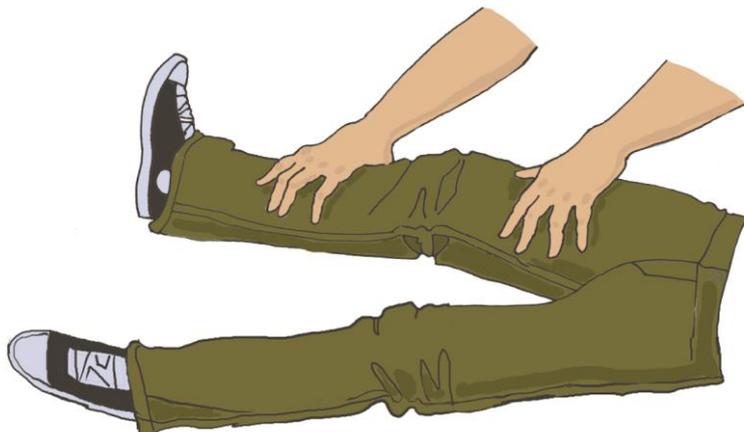
Последними осматриваются конечности, так же допускается аккуратное ощупывание указанных областей. Важным является внимательный осмотр конечностей пострадавшего для определения характера возможных травм – кровотечения, переломов.



*Когда осматриваем конечности, то обращаем внимание на их возможную деформацию, что является признаком перелома костей.*

## Осмотр ног пострадавшего

Подробный осмотр следует проводить очень внимательно и осторожно, чтобы не причинить дополнительные страдания пострадавшему и не пропустить у него какой-либо тяжелой травмы. Наибольшую опасность при травмах конечностей представляет сильное кровотечение (преимущественно, артериальное и смешанное). Поэтому при определении пострадавшего кровотечения следует осуществить его временную остановку доступными способами.



*Осматриваем конечности осторожно, чтобы не причинить дополнительные страдания пострадавшему.*

## ***Первая помощь при травме опорно-двигательной системы***

### **Первая помощь при ушибах:**

1. Создать покой поврежденному органу (руку подвешивают на косынку, сустав фиксируют повязкой или накладывают шину).
2. На область ушиба наложить давящую повязку.
3. Придать возвышенное положение поврежденной части.
4. Приложить холод (для уменьшения отека органа): лед, снег в полиэтиленовом пакете, холодные компрессы, холодный металлический предмет.
5. Профилактика шока (при тяжелых ушибах).

### **Первая помощь при разрыве связок:**

1. Полный покой.
2. Тугая повязка, фиксирующая сустав.
3. Холод на область травмы.
4. Выгодное положение.

### **Первая помощь при синдроме сдавления:**

1. Сразу же после освобождения конечности, на местах выше сдавливания ближе к основанию накладывают жгут.

2. Туго бинтуют конечность от основания пальцев до жгута и только после этого осторожно снимают жгут.
3. Конечности придают возвышенное положение и ее обкладывают льдом.
4. Поврежденные конечности иммобилизируют при помощи шин.
5. Для профилактики и борьбы с шоком:
  - тепло укрыть;
  - горячее, обильное питье.
6. Немедленная транспортировка в лечебное учреждение.

### **Первая помощь при вывихах**

Необходимо уменьшить боль:

1. Холод на область поврежденного сустава.
2. Иммобилизация конечности в том положении, которое она приняла после травмы. Верхнюю конечность подвешивают на косынке или повязке из бинта; нижнюю - иммобилизируют при помощи шин или подручных средств.

Вправление вывиха - врачебная процедура. Поэтому не следует пытаться вправить вывих, так как трудно установить вывих это или перелом.

### **Первая помощь при переломах**

Правильная и своевременная помощь при переломе является одним из важных моментов их лечения.

Основные мероприятия при переломах:

1. Создание неподвижности кости в области перелома (транспортная иммобилизация).

Опасности при переломах: отломки кости могут повредить сосуды, нервы, близлежащие органы и кожу.

2. Организация быстрой доставки пострадавшего в лечебное учреждение.

Неподвижность в месте перелома обеспечивают наложением специальных шин или подручных средств, прибинтовыванием поврежденной конечности к туловищу, к здоровой конечности.

**Правила транспортной иммобилизации:**

1. Шина должна быть надежно закреплена и фиксировать область перелома.
2. Не накладывает на голое тело, шина обкладывается ватой или тканью, при закрытых переломах шина накладывает на одежду, при

открытых - после остановки кровотечения и наложения асептической повязки на рану.

3. Конечность должна находиться в функционально выгодном положении.

4. Создавая неподвижность в области перелома, необходимо фиксировать два сустава выше и ниже места перелома, при переломе бедра фиксируют все суставы нижней конечности.

5. Шину отмоделировать на здоровой конечности.

Профилактика шока, как было указано выше, состоит в создании полного покоя пострадавшему и поврежденной части; своевременной остановке кровотечения; наложении холода для уменьшения отека в области перелома; в мероприятиях, предупреждающих общее охлаждение (согреть больного - горячий чай, алкоголь, тепло укрыть); поддержании функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Необходима также своевременная, бережная и правильная транспортировка больного.

### **Правила иммобилизации**



1. Обездвиживание двух близлежащих сустава. Однако, если это плечо или бедро – необходимо обездвижить всю конечность.

2. Шину накладывают на ткань (одежду).

3. Можно использовать любые подручные средства (картон,

фанеру, палки, доски и др.)

4. Моделирование шины производить по здоровой конечности.

5. Шину, после наложения, зафиксировать бинтами, любой подходящей тканью. Но не очень сильно, чтобы не нарушалось кровообращение.

6. При отсутствии шин можно выполнить **аутоиммобилизацию**, прочно прибинтовав травмированную руку к туловищу, а ногу - к здоровой ноге.

### **Травма позвоночника**

#### ***Классификация позвоночно-спинномозговой травмы***

##### ***Открытая травма***

- с повреждение спинного мозга
- без повреждения спинного мозга

## ***Закрытая травма***

- с повреждением спинного мозга
- без повреждения спинного мозга

### **Признаки травмы позвоночника без повреждения спинного мозга**

- Боль в месте травмы
- Боль усиливается при движении
- Боль усиливается в положении сидя
- Вынужденное положение тела
- Выпячивается остистый отросток поврежденного позвонка
- Болезненность при ощупывании поврежденной области
- Напряжение мышц спины

### **Признаки травмы позвоночника с повреждением спинного мозга**

К вышеперечисленным признакам добавляются:

- Нарушения чувствительности ниже места перелома
- Паралич ниже места перелома
- Развивается шок (спинальный)
- 

**Жалобы пострадавшего на боли в спине – подумай о травме позвоночника!**

***Сдавление спинного мозга может произойти сразу во время травмы или развиваться постепенно.***

### **Первая помощь**

- Если не требуется извлечение пострадавшего из автомобиля до прибытия скорой медицинской помощи, обязательно стабилизировать шею воротником. Надеть шейный воротник
  - Осмотреть пострадавшего
  - Оказать помощь при сопутствующих повреждениях
  - Дождаться приезда СМП
  - Контролировать состояние пострадавшего
  - Укрыть пострадавшего
- При необходимости **быстрого** извлечения применить захват с обязательной фиксацией шеи.

## Травма костей таза

- Тяжелое повреждение
- Часто осложняется развитием травматического шока
- Причины травматического шока при повреждении таза:
  - ✓ кровотечение в мягкие ткани
  - ✓ повреждение тазовых органов

### **Признаки травмы костей таза**

Боли в нижних отделах живота, промежности, в области тазобедренного сустава

- Боль усиливается при движении ногой и при надавливании на кости таза
- Пострадавший не может поднять выпрямленную ногу
- Пострадавший принимает вынужденное положение – позу «лягушки»

### **Придание пострадавшему положения на спине с валиком под полусогнутыми и разведенными ногами**

При подозрении на травму костей таза (боли в паховой области, невозможности или выраженной болезненности при движении ногами, наличии кровоподтеков в области таза) пострадавшему лучше придать положение на спине с валиком под полусогнутыми и разведенными ногами.



*Если у пострадавшего пострадали кости таза, то лучше придать ему положение на спине с валиком под полусогнутыми и разведенными ногами.*

## Порядок оказания помощи при травме костей таза

- Осмотреть пострадавшего
- Оценить состояние сознания, дыхания, пульса
- Вызвать СМП
- Уложить пострадавшего в правильное транспортное положение
- Надеть шейный воротник
- Контролировать состояние пострадавшего до приезда СМП.

## Фиксация головы и шеи пострадавшего с подозрением на травму шейного отдела позвоночника

При экстренном извлечении пострадавшего с подозрением на травму шейного отдела позвоночника из автомобиля или труднодоступного места следует фиксировать его голову рукой на нижнюю челюсть.



*Если у пострадавшего имеются подозрения на травму шейного отдела, то при его извлечении из автомобиля придерживаем рукой его голову.*

## Фиксация головы и шеи пострадавшего при подъеме и переноске



В случае, когда пострадавшего с подозрением на травму шейного отдела позвоночника необходимо перенести, следует осуществлять фиксацию его головы и шеи предплечьями. При этом кисти сотрудника располагаются так, как показано на рисунке.

### **Фиксация головы и шеи руками при подозрении на травму шейного отдела позвоночника пострадавшего, сидящего в автомобиле**



Перед началом наложения шейного воротника-шины сотрудник удерживает его голову своими кистями, расположив предплечья в области надплечий пострадавшего.

*Удерживаем голову пострадавшего своими руками.*

### **Надевание и закрепление воротника на пострадавшего, сидящего в автомобиле**



После этого помощник сотрудника накладывает и закрепляет шейный воротник-шину.

*Далее надеваем и закрепляем воротник.*

### **Фиксация головы и шеи при подозрении на травму шейного отдела позвоночника у лежащего пострадавшего, подсовывание шейного воротника-шины**



При наложении шейного воротника-шины на лежащего пострадавшего также один из сотрудников фиксирует голову пострадавшего руками. Помощник подсовывает заднюю часть воротника под шею пострадавшего.

*Если необходимо наложить шейный воротник-шину на лежащего пострадавшего, то также фиксируем его голову и шею, помощник подкладывает воротник под шею пострадавшего.*

## **Закрепление шейного воротника-шины**



После того, как задняя часть воротника окажется под шеей пострадавшего, передняя его часть загибается вперед и фиксируется (способ фиксации определяется конструкцией воротника).

*Далее закрепляем воротник.*

## ***Придание пострадавшему оптимального положения тела***

После оказания помощи и устранения опасности для жизни пострадавшего до прибытия скорой медицинской помощи ему следует придать оптимальное положение тела, обеспечивающее комфорт, уменьшающее степень страданий и не усугубляющее нарушения жизненно важных функций. Оптимальное положение определяется характером повреждений у пострадавшего и удобством для него.

### **Положение на спине с полусогнутыми и разведенными ногами.**

Пострадавшему с подозрением на травму живота и таза лучше находится в положении лежа на спине с полусогнутыми и разведенными ногами. Под колени подкладывается импровизированная опора – сумка, свернутая одежда.



*Если у пострадавшего травма живота или таза, то укладываем его на спину при согнутых и немного разведенных ногах, под которые подкладываем импровизированную опору.*

### **Полусидячее положение с наклоном в пораженную сторону**

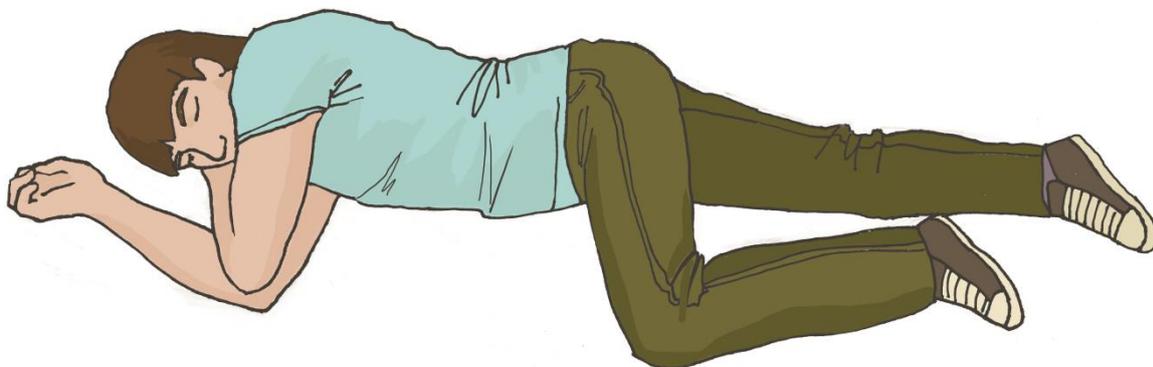


Пострадавшему с травмой грудной клетки предпочтительно расположиться в полусидячем положении с наклоном туловища в сторону пораженной стороны грудной клетки. Для этого пострадавшего можно опереть о стену, автомобиль и т.д.

*Если у пострадавшего травма грудной клетки, то усаживаем его в полусидячее положение*

### **Устойчивое боковое положение**

Пострадавшему без сознания необходимо придать устойчивое боковое положение.



*Придаем пострадавшему без сознания устойчивое боковое положение.*

### **Положение на спине с приподнятыми ногами**

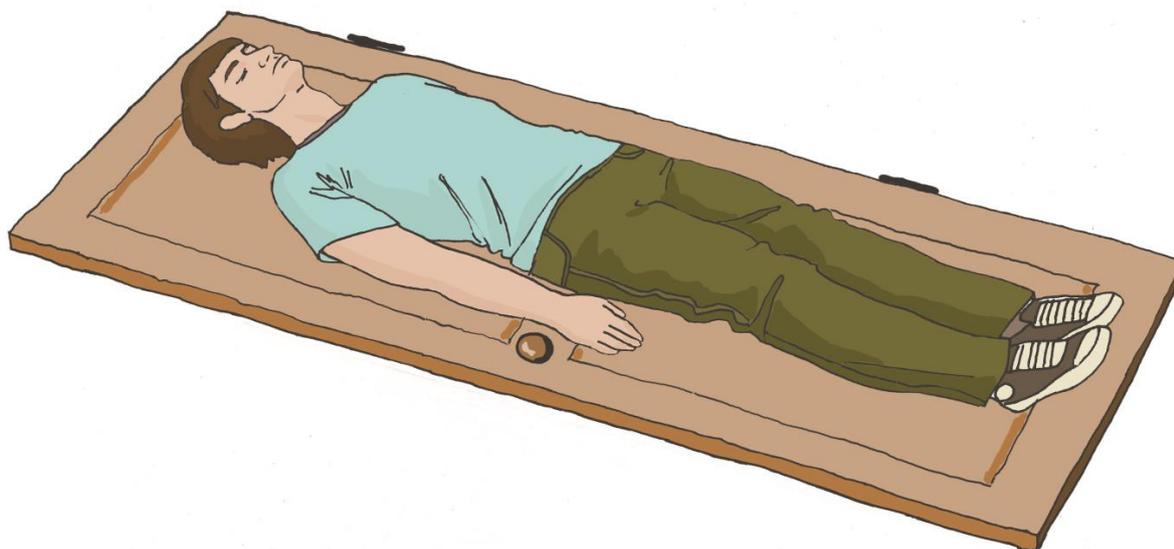
Пострадавший с сильным наружным кровотечением или признаками внутреннего кровотечения должен находиться в положении лежа на спине с приподнятыми ногами, под которые подкладываются сумки или одежда.



*Если у пострадавшего признаки внутреннего кровотечения, то укладываем его на спину, а под согнутые в коленях ноги подкладываем импровизированную опору.*

### **Положение пострадавшего с подозрением на травму позвоночника**

Пострадавший с подозрением на травму позвоночника должен располагаться на твердой поверхности.

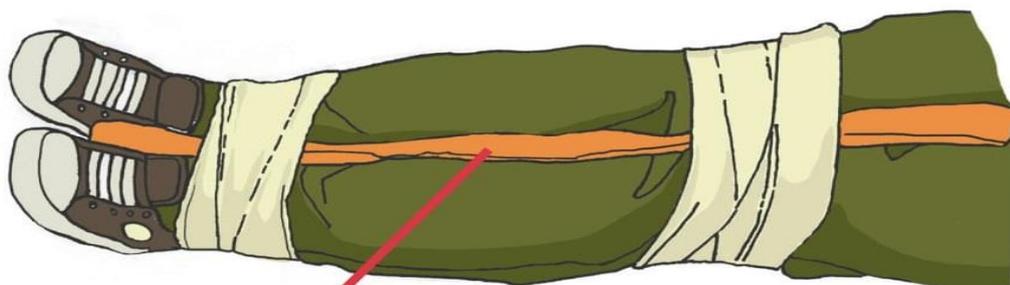


*Пострадавшего с подозрением на травму позвоночника размещаем на твердой ровной поверхности.*

### **Аутоиммобилизация при переломе голени (зафиксированы голеностопный и коленный суставы)**

При переломах костей конечностей иммобилизация (обездвиживание) требуется только в случае, когда есть необходимость перемещения или транспортировки пострадавшего попутным или служебным транс-

портом. При этом возможно проведение иммобилизации шинами, входящими в состав укладки, или выполнение мягкой иммобилизации (свернутой в валик одеждой). В некоторых случаях возможна аутоиммобилизация – например, прибинтовывание больной ноги к здоровой.



Свернутая одежда

*Фиксацию травмированной ноги необходимо выполнить, прибинтовав ее к здоровой.*

### **Аутоиммобилизация при переломе предплечья (зафиксированы лучезапястный и локтевой суставы)**

При переломе костей руки возможна фиксация поврежденной конечности к туловищу. В прочих случаях следует ограничиться приданием поврежденной конечности удобного для пострадавшего положения, приложения холода к месту предполагаемого перелома, вызова и ожидания скорой медицинской помощи. При открытом переломе (когда костные отломки повредили кожные покровы) оказание первой помощи следует начинать с остановки кровотечения.



*Травмированную руку необходимо прибинтовать к туловищу.*

## Укутывание пострадавшего

Пострадавших с тяжелыми травмами желательно укутать подручными средствами – одеждой, покрывалом и т.д.

*Пострадавшего с тяжелыми травмами укутываем с помощью подручных средств.*

## Тема 7. Алгоритмы действий сотрудников ГИБДД при внезапных состояниях, отравлении угарным газом, воздействии на организм человека крайних температур и электричества

### Обморок

**Обморок** – кратковременная внезапная потеря сознания с быстрым, полным самостоятельным восстановлением нормального состояния через несколько секунд или минут.

При обмороке потеря сознания происходит только в вертикальном состоянии, а восстановление сознания, как правило, в горизонтальном положении

#### **Причины:**

- Острый или хронический стресс;
- Сильное волнение;
- Психоэмоциональное напряжение;
- Переутомление;
- Интенсивная боль;
- При обезвоживании.

#### **Жалобы перед потерей сознания:**

- Чувство дурноты
- Потемнение в глазах
- Мелькание мушек перед глазами
- Звон в ушах
- Головокружение
- Тошнота
- Потливость
- Дискомфорт в верхних отделах живота
- Учащенное дыхание
- Общая слабость

#### **При осмотре:**

- Бледность кожи

- Холодные влажные конечности
- Расслабление мышц
- Снижение артериального давления
- Урежение пульса, редкое поверхностное дыхание

### *Первая помощь при обмороке*

#### **Поддержание проходимости дыхательных путей (придание пострадавшему устойчивого бокового положения)**

При отсутствии сознания с сохраненным дыханием следует поддерживать проходимость дыхательных путей у пострадавшего. Одним из вариантов поддержания проходимости дыхательных путей является придание пострадавшему устойчивого бокового положения. Это положение позволяет уменьшить риск попадания в дыхательные пути крови, слюны или содержимого желудка пострадавшего, или перекрытия их языком.

#### Шаг 1.

Для придания устойчивого бокового положения вначале необходимо положить одну руку пострадавшего в сторону.



*Кладем руку пострадавшего в сторону.*

#### Шаг 2.

Вторую руку следует приложить тыльной стороной к щеке пострадавшего. При этом следует придерживать его руку своей рукой, поскольку у человека, находящегося без сознания, мышцы тела расслаблены, и его рука не будет самостоятельно сохранять приданное ей положение.



*Другую руку кладем тыльной стороной к щеке пострадавшего.*

### Шаг 3.

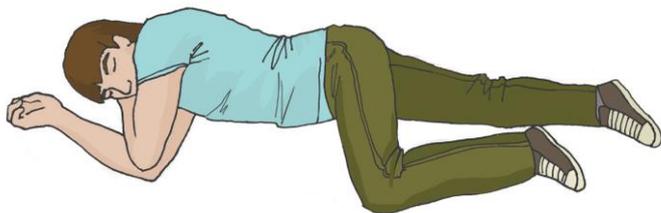
После этого необходимо согнуть дальнюю от сотрудника МВД ногу пострадавшего в колене и поставить ее таким образом, чтобы она опиралась на стопу. Затем следует надавить на колено этой ноги в указанном на рисунке направлении.



*Сгибаем дальнюю от нас ногу пострадавшего в колене и ставим ее таким образом, чтобы она опиралась на стопу.*

### Шаг 4.

При надавливании на колено, как на рычаг, туловище и голова пострадавшего поворачиваются набок. После этого необходимо слегка запрокинуть голову пострадавшего и проконтролировать положение ноги, оказавшейся сверху (она должна быть согнута и подтянута к животу пострадавшего).



*При надавливании на колено, как на рычаг, туловище и голова пострадавшего поворачиваются набок.*

Пострадавших, находящихся в бессознательном состоянии и имеющих явные признаки тяжелых травм (переломов костей, подозрения на травму позвоночника), следует поворачивать набок крайне осторожно, только при угрозе вдыхания слюны, крови и содержимого желудка. При этом необходимо фиксировать поврежденные конечности, голову и позвоночник (включая его шейный отдел).

### **Первая помощь при термических и химических ожогах**

#### **Ожоги вызывают**

- Боль
- Потерю жидкости

- Потерю электролитов
- Потерю белка
- Потерю тепла

Эти потери зависят от площади и глубины ожога!

***По причине поражения кожи выделяют ожоги:***

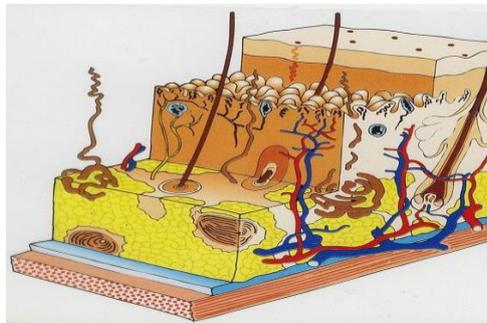
- Термические
- Химические
- Электрические
- Радиационные

***Тяжесть ожоговой травмы определяют:***

- площадь ожога
- глубина ожога
- наличие ожога дыхательных путей
- отравление угарным газом и продуктами горения
- сопутствующая травма
- хронические и острые заболеваний
- возраст

***Глубина ожога***

- Поверхностные
- Глубокие



### **Поверхностный ожог (I степень)**

- Покраснение кожи
- Отек кожи
- Кожа горячая на ощупь
- Резкая болезненность поврежденной кожи

### **Поверхностный ожог (II степень)**

- Покраснение кожи
- Отек кожи
- Нелопнувшие пузыри с прозрачной жидкостью
- Резкая болезненность поврежденной кожи

### Глубокий ожог (III степень)

- Вскрывшиеся пузыри
- Пузыри, заполненные кровянистой жидкостью

### Глубокий ожог (IV степень)

- Поврежденная поверхность покрыта струпом – плотной коркой от желтого до темно-коричневого цвета.
- Поверхность ожога безболезненна

### *Площадь ожога и способы её определения*

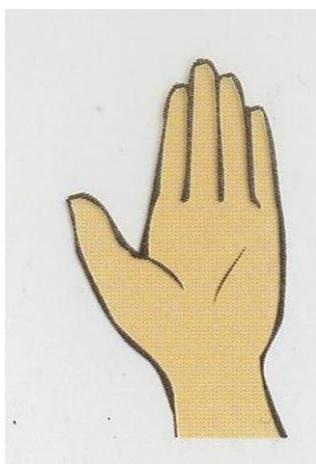
#### Правило «9»

- |                   |      |
|-------------------|------|
| • Голова          | 9 %  |
| • Рука (каждая)   | 9 %  |
| • Грудь и живот   | 18 % |
| • Спина и ягодицы | 18 % |
| • Нога (каждая)   | 18 % |
| • Половые органы  | 1 %  |

Вся поверхность тела человека 100 %

**Правило «9» не распространяется на детей.**

#### Правило «ладони»



Площадь ладони составляет 1 % от общей площади тела

**Глубокие ожоги площадью больше 10 % у взрослых и больше 5 % у детей - опасны для жизни, т.к. приводят к нарушению жизнедеятельности всех органов и систем (ожоговый шок)**

### *Первая помощь при термических ожогах*

1. Убедиться, что ничего не угрожает, сбить с ног пострадавшего.
2. Потушить горящую одежду (нп. накрыть одеялом).
3. Вынести пострадавшего из зоны поражения.
4. Постараться охладить места ожога (в зависимости от степени ожога): водой, снегом и др., если нет раны.
5. Пузыри не вскрывать, прикипевшую одежду обрезать.
6. Наложить не тугую повязку, приложить холод поверх повязки.
7. Дать питье (минеральная вода, вода).

## ЗАПРЕЩЕНО

- Накладывать холод прямо на рану при глубоких ожогах и вскрывшихся пузырях
- Обрабатывать ожог спиртом, йодом, «зеленкой»
- Вскрывать ожоговые пузыри
- Прикладывать масло, мази, бальзамы, гусиное сало и т.д.
- Удалять отслоившуюся кожу
- Удалять остатки одежды из раны
- Поить пострадавшего, если он без сознания или с травмой живота.

### Первая помощь при отморожении

Чаще всего отморожению подвергаются

- пальцы рук и ног
- уши
- щеки
- кончик носа

**Отморожению способствует:**

- Высокая влажность воздуха
- Ветер
- Тесная и влажная одежда
- Длительное неподвижное положение тела (алкоголь, наркотики, травма)
- Физическое утомление
- Голод

### *Степени отморожения (после согревания)*

1 степень – кожа краснеет, отекает. Появляется боль и чувство жжения

2 степень – багровая кожа, пузыри с прозрачной жидкостью, отек, дно пузырей болезненно

3 степень – синюшно-багровая кожа, пузыри с кровянистой жидкостью. Дно пузыря безболезненно.

4 степень – кожа темно-багрового цвета, сухая, холодная, чувствительность отсутствует.

### **Первая помощь при отморожении**

1. Перенести пострадавшего в теплое учреждение.

2. Укутать отмороженные участки тела. Нельзя ускорять внешнее согревание, конечность должна сама согреться за счет восстановления кровообращения.

Запрещено использовать масло, вазелин, растирать отмороженные участки тела снегом.

Дать обильное питье (горячее и сладкое).

### **Запрещается!**

- Растирать обмороженные конечности
- Отогревать горячей водой
- Вскрывать пузыри
- Натирать пораженные конечности маслом, жиром.
- 

### **Первая помощь при перегревании, тепловом (солнечном ) ударе**

1. Перенести пострадавшего в прохладное и проветриваемое место.
2. Ослабить стесняющую одежду (воротник, ремень и др.).
3. Определить признаки жизни
4. Положить на голову и шею мокрую ткань.
5. При потере сознания положить в стабильно боковое положение.
6. При судорогах удерживать, оберегая от травм.
7. При остановке дыхания и сердцебиения необходимо провести реанимационные мероприятия.

### **Первая помощь при отравлении угарным газом**

1. Оценить обстановку на наличие угрожающих факторов.
2. Вынести пострадавшего на свежий воздух, безопасное место, проветрить помещение.
3. Проверить наличие сознания, дыхания и пульса у пострадавшего, реакцию зрачков на свет.
4. При отсутствии признаков жизни проделать сердечно-легочную реанимацию.
5. При отсутствии сознания (дыхание имеется) попробовать привести в сознание (окрикнуть, проделать тактильные движения, обрызгать лицо прохладной водой, далее уложить в стабильно боковое положение.
6. При восстановлении дыхания и сердечной деятельности уложить в стабильно боковое положение.

### **Инсульт**

**- острое нарушение мозгового кровообращения.**

**Инсульт** развивается во время физической или эмоциональной нагрузки, нередко на фоне артериальной гипертензии.

**Признаки при осмотре:**

- внезапно заболевший человек лежит, иногда безуспешно пытается встать, может быть в состоянии оглушения или без сознания,
- больной может не понимать обращенную к нему речь, а его собственная речь может быть бессмысленной или отсутствовать,
- часто кожные покровы багровые, влажные, глаза красные, «налитые кровью»,
- судороги или непроизвольные движения конечностей. Может быть, паралич или асимметрия лица, слюнотечение, тошнота, рвота.

***Первая помощь при инсульте***

- Срочно вызвать скорую медицинскую помощь.
- Уложить больного в стабильное боковое положение (при рвоте, слюнотечении) с возвышенной верхней половиной тела.
- Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей.
- Следить за дыханием и пульсом, быть готовым к началу реанимации.

**Бронхиальная астма**

- (от греч. азиата - удушье) - заболевание, характеризующееся повторяющимися приступами удушья вследствие спазма бронхов и отёка их слизистой оболочки.

**Признаки приступа удушья при бронхиальной астме**

- Приступ удушья, одышки или кашля, чаще в ночное время.
- Шумное дыхание, слышимое на расстоянии.
- Ощущение тяжести в грудной клетке, кашель.
- Прерывистая речь, иногда - лишь отдельными фразами или словами.
- Синюшность шеи, лица, губ.
- Вынужденное, полусидячее или сидячее положение.

***Первая помощь при бронхиальной астме***

- Вызовите скорую медицинскую помощь.
- Успокойте больного.
- Обеспечьте приток свежего воздуха.

- Придайте больному удобное для дыхания (полусидячее) положение.

- Согретьте ноги больного доступным способом.
- Контролируйте сознание и дыхание.
- При потере сознания - стабильное боковое положение.

При исчезновении дыхания начните сердечно-легочную реанимацию.

### ***Контроль состояния пострадавшего и оказание психологической поддержки***

#### **Влияние экстремальной ситуации на сотрудника**

1. Дефицит времени, что требует быстрого принятия решения.
2. Чувство ответственности и долга.
3. Необходимость четких и правильных действий.
4. Влияние личности пострадавшего (родственные и дружественные связи и т.д.).

Все это может привести к усилению стрессовых воздействий на сотрудника Госавтоинспекции, как следствие, к менее эффективному и адекватному оказанию первой помощи.

#### **Пути решения этих проблем**

1. Отработка навыков оказания первой помощи пострадавшему до автоматизма путем многократного повторения четкого алгоритма действий помощи, с использованием реальных средств и устройств.

2. Необходимость действовать так, как без оказания помощи даже в минимальном объеме (восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей, остановка наружного кровотечения и т.п.) состояние тяжело пострадавшего будет прогрессивно ухудшаться вплоть до гибели.

#### **Влияние экстремальной ситуации на пострадавшего**

1. Болевое воздействие на организм человека. Выраженные болевые ощущения вызывают заметные физиологические и психологические сдвиги в организме пострадавшего.

2. Страх смерти.
3. Страх обезображивания.
4. Страх потери конечности.
5. Страх потери трудоспособности.
6. Страх неграмотности участника оказания первой помощи.

7. Страх за пострадавших близких, особенно если в результате происшествия утрачен визуальный или иной контакт с ними.
8. Ощущение брошенности.

### **Пути решения проблем**

1. Применение простейших методов обезболивания (придание оптимального положения, обездвиживание травмированной конечности, местное охлаждение).
2. Сообщение о квалификации участника первой помощи (курсы и т.д.).
3. Получение разрешения от пострадавшего на любую манипуляцию по оказанию первой помощи, разъясняя, в чем ее суть.
4. Постоянный контакт с пострадавшим – вербальный (словесный) и тактильный, что позволяет контролировать его состояние и своевременно реагировать на изменения.
5. Реальная информация о состоянии пострадавшего в деликатной форме.
6. Дать знать другим пострадавшим, что они не останутся без помощи.

### **Общение с помощниками**

1. Следует давать конкретные и однозначные команды громким уверенным голосом. Неконкретность и неоднозначность команд может привести к неправильным и несвоевременным действиям помощников.
2. Не следует обсуждать тяжесть состояния пострадавшего с помощником.

### **После экстремальной ситуации**

После разрешения экстремальной ситуации могут наблюдаться остаточные явления психоэмоционального стресса, что может привести к психологическим расстройствам, на фоне которых могут сформироваться различные заболевания. Особенно тяжело переносится смерть пострадавшего в присутствии участника оказания первой помощи. Возможны переживания из-за неадекватного (неправильного, неполного) оказания первой помощи пострадавшему. Иногда возникает явление «зацикленности» на ситуации, когда вновь и вновь проигрываются обстоятельства оказания первой помощи пострадавшим.

Наиболее правильным в подобной ситуации будет убеждение участника оказания первой помощи в правильности и полноте его

действий (коллегами, родственниками, близкими людьми). При заикленности на ситуации следует обратиться к специалистам-психологам.

### ***Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи***

Наблюдение за пострадавшим осуществляется до момента передачи его бригаде скорой медицинской помощи.

В случае, если прибытие бригады скорой медицинской помощи невозможно, сотрудник может принять решение о доставке пострадавшего попутным или служебным транспортом. При этом следует соблюдать следующие принципы:

1. Транспортировку следует осуществлять в ближайшее многопрофильное учреждение уровня не ниже центральной районной больницы.
2. Пострадавшего при транспортировке следует сопровождать для контроля за его состоянием и оказанием необходимой помощи.
3. Предпочтение следует отдавать автотранспорту, в котором с удобством могут расположиться пострадавший и сопровождающие лица, например, микроавтобусы, автобусы, грузовики с кунгом и т.п.
4. Во время транспортировки желательно, чтобы пострадавший находился в оптимальном для него положении, зависящем от его состояния.

**Учебное пособие**

Кандидат педагогических наук, доцент  
**Мальцева Ольга Алексеевна**

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ОКАЗАНИЕ  
ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПОСТРАДАВШИМ  
В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ**

Свидетельство о государственной аккредитации  
Рег. № 2660 от 02.08.17 г.  
Подписано в печать 27.02.2018 г. Формат 60x90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Усл. печ. л. 5,19. Тираж 111 экз. Заказ № 356.

Орловский юридический институт МВД России имени В.В. Лукьянова.  
302027, г. Орел, ул. Игнатова, 2.