

# **Первая помощь при сочетанных и комбинированных поражениях.**

## УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Понятие о комбинированном поражении
2. Понятие о сочетанном и множественном поражении.
3. Повреждения при столкновении движущегося автомобиля с пешеходом.
4. Повреждения, возникающие в кабине автомобиля.
5. Алгоритм действий на месте ДТП.
6. Алгоритм оказания первой помощи при ДТП.
7. Состав автомобильной аптечки.

## ЛИТЕРАТУРА

Учебник Д.В. Марченко «Первая медицинская помощь при травмах и несчастных случаях», 230-279;

[http://polbu.ru/eliseev\\_urgenthelpp/ch472\\_all.html](http://polbu.ru/eliseev_urgenthelpp/ch472_all.html);

«Ваша газета» 27.10.2011 года;

<http://www.mosmedclinic.ru/articles/38/797>.

### **1. Понятие о комбинированном поражении.**

**Комбинированными** называют поражения, вызываемые несколькими (двумя или более) различными по своей природе повреждающими факторами. Комбинированные поражения могут возникать в результате прямого действия одного или нескольких видов боевого оружия на организм, вторичных повреждающих факторов (например, очагов пожара) и развития чрезвычайных ситуаций, связанных с экстремальным воздействием факторов внешней среды.

**Термин «комбинированное поражение»** применим только к таким поражениям, при которых каждый из поражающих факторов приводит к выводу из строя, нарушает трудоспособность. При одновременном действии нескольких факторов поражения комбинированными считаются лишь те, в которых время между их действием не превышает длительности течения первого поражения, иначе это будут независимые друг от друга последовательные поражения.

**Рассматривая причины комбинированных поражений, следует выделять ведущие и сопутствующие факторы.**

**Ведущим фактором** комбинированного поражения является тот, степень влияния которого на развитие нарушений функционирования органов и систем организма наибольшая.

**Сопутствующие факторы** вносят дополнительные расстройства в функцию органов и систем, изменяя прогноз травмы. Сопутствующих факторов может быть несколько.

**В самом общем виде можно выделить следующие группы этиологических факторов комбинированного поражения:**

#### **МЕХАНИЧЕСКИЕ**

1. агенты с высокой кинетической энергией (пули, снаряды, ракеты, осколки и др.);
2. падение с высоты;
3. давление, сжатие, действие сил с противоположными векторами ("на разрыв").

#### **ТЕРМИЧЕСКИЕ**

1. высокие температуры;
2. низкие температуры.

#### **ХИМИЧЕСКИЕ**

1. боевые токсичные химические вещества;
2. токсичные химические вещества (кислоты, щелочи, окислители, органические растворители, ядовитые технические жидкости, компоненты ракетных топлив).

#### **ФИЗИЧЕСКИЕ**

1. радиоактивные вещества и ионизирующие излучения;
2. СВЧ-поля, неионизирующие излучения;
3. излучения оптических квантовых генераторов;
4. электрический ток;
5. магнитные, электрические, магнито-электрические поля.

### **ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ**

1. повышенное и пониженное барометрическое давление;
2. линейное ускорение по горизонтали и вертикали;
3. стихийные бедствия, катастрофы и т. п.;
4. болезнетворные микроорганизмы (бактерии, вирусы и т.п.);
5. продукты жизнедеятельности болезнетворных микроорганизмов.

## **2. Понятие о сочетанном и множественном поражении.**

Сочетанные и множественные травмы относятся к числу наиболее тяжелых повреждений с высокой летальностью на догоспитальном этапе и в стационаре.

**Сочетанными называют такие травмы**, при которых наряду с повреждением органов брюшной или грудной полости тела, а также головного мозга имеются повреждения опорно-двигательного аппарата или менее тяжелые повреждения органов других полостей, например, закрытая травма брюшной полости и перелом бедра.

**К множественным травмам** относят два и более повреждений, локализующихся в пределах одной системы органов и тканей, например, множественные переломы ребер, переломы двух и более сегментов конечностей и т.п.

Сочетанные и множественные травмы возникают при приложении травмирующей силы большой площади или двигающейся с высокой скоростью.

Чаще всего это наезд автомобиля, рельсового транспорта на пешехода, автомобильные аварии, падение с большой высоты. В производственных условиях сочетанные травмы встречаются редко, например, при обвалах и взрывах в шахтах, рудниках, котельных и т.п.

Сочетанные и множественные травмы характерны для массовых катастроф вследствие стихийных бедствий (землетрясения, смерчи), которые сопровождаются внезапными разрушениями зданий.

Симптомы могут быть самыми разнообразными и зависят как от анатомической локализации повреждений, так и от наличия травматического шока, острой кровопотери, черепно-мозговых расстройств, острой дыхательной недостаточности, почти всегда осложняющих течение сочетаний травмы. В первый момент после травмы состояние больного может казаться не угрожающим, однако оно начинает быстро ухудшаться и без оказания помощи может закончиться быстрой смертью. Клиническую картину определяет ведущее повреждение, которое представляет наибольшую угрозу жизни пострадавшего.

**Ведущих повреждений может быть несколько.**

В соответствии с ведущим повреждением сочетанную травму классифицируют следующим образом:

- сочетанная травма черепа,
- сочетанная травма опорно-двигательного аппарата.

При сочетанной травме черепа, имеется травма черепа средней или тяжелой степени тяжести, которой сопутствуют повреждения опорно-двигательного аппарата, переломы ребер. На первый план выступают мозговые расстройства. К мозговым расстройствам сопутствующие травмы добавляют расстройства гемодинамики и дыхания, сопровождающие шок.

Для сочетанной травмы грудной клетки характерна острая дыхательная недостаточность, к которой могут присоединиться явления острой кровопотери и шока в тех случаях, когда развивается внутриплевральное кровотечение или кровотечение в зоне сопутствующих повреждений опорно-двигательного аппарата.

Травма брюшной полости, в рамках сочетанной травмы, всегда ведущая и может протекать с симптомами внутрибрюшинного кровотечения или повреждения полового органа. Сопутствующая травма черепа в этих случаях дает наслоение в виде мозговых расстройств, травма груди - дыхательных расстройств, травма опорно-двигательного аппарата - травматического шока.

Травма опорно-двигательного аппарата может быть ведущей только при массивных повреждениях таза, переломах позвоночника с повреждением спинного мозга, отрывах конечностей. Сопутствующие повреждения бывают представлены в виде травмы головного мозга легкой и средней степени тяжести, травмы грудной клетки, внебрюшинной травмы мочевыводящих путей.

## **3. Повреждения при столкновении движущегося автомобиля с пешеходом.**

Наиболее частым видом автомобильной травмы является травма от столкновения движущегося автомобиля с пешеходом. Эту травму в основном получают пешеходы, двигающиеся по дороге или переходящие ее.

**Механизм данной травмы зависит от следующих факторов:**

1. вида автомобиля, особенностей его конструкции,
2. формы и уровня частей, приходящих в соприкосновение с телом человека,
3. скорости движения и массы автомобиля,
4. сопротивляемости тканей,
5. характера покрытия пути, на которое падает пешеход и др.

**Следует различать три варианта столкновения автомобиля с пешеходом:** столкновение пешехода с передней, с боковой и с задней поверхностью автомобиля.

**В первом варианте имеются две возможности столкновения:**

- а) со средней частью передней поверхности автомобиля – фронтальное столкновение,
- б) с краем передней поверхности машины – переднекраевое столкновение.

**В зависимости от вида автомобиля и варианта столкновения механизм травмы может состоять из трех или четырех фаз:**

- первая фаза** характеризуется столкновением частей движущегося автомобиля с пешеходом,
- вторая** – падением пешехода на автомобиль,
- третья** – отбрасыванием его на землю,
- четвертая** – скольжением тела по поверхности дороги.

**При фронтальном столкновении** с передней поверхностью автомобиля пешеход получает удар наиболее выступающими частями машины – бампером, фарой и т.д. (**I фаза**). Вследствие этого, что первоначальный удар при столкновении с легковым автомобилем в большинстве случаев наносится по области тела, расположенной в отдалении от центра тяжести (на уровне голени), жертва после первичного удара падает на капот автомобиля (**II фаза**). Иногда удар наносится по области, расположенной вблизи центра тяжести крылом, радиатором по бедру или тазу. В этих случаях скорость движения машины передается жертве, в результате чего тело ее получает поступательное движение, отбрасывается вперед, пролетает некоторое расстояние в воздухе, а затем падает и ударяется о покрытие дороги (**III фаза**).

При фронтальном столкновении грузового автомобиля, автобуса или троллейбуса удар наносится по области тела, расположенной в непосредственно близости или выше центра тяжести. Особенности конструкции передней поверхности указанных машин исключают возможность падения жертвы на автомобиль, – следовательно, **II фаза не наблюдается**. В ряде случаев после падения пострадавшего на покрытие дороги тело в силу инерции некоторое расстояние скользит по дороге (**IV фаза**).

**Столкновение пешехода с боковой поверхностью автомобиля называется тангенциальным** столкновением. При этом удар может наноситься передней частью боковой поверхности автомобиля (боковой стороной крыла, подножкой) или средней и задней его частью. В первом случае механизм травмы сходен с механизмом фронтально-краевого столкновения, т.е. состоит из 4 фаз. Во втором имеют место 3 фазы: столкновение пешехода с боковой поверхностью машины, отбрасывание жертвы и падение на землю и скольжение жертвы по покрытию дороги.

**Динамика развития травм при ДТП.**

**В I фазе фронтального столкновения повреждения** могут причиняться бампером, крылом, фарой и другими частями. Внешне эти повреждения проявляются в виде ссадин, кровоподтеков, реже – ран. Они располагаются либо в верхней трети голени, либо на разных уровнях бедра. Кровоподтеки – это различные по интенсивности и по происхождению скопления крови в толще ткани или в промежутках между ними, когда сосуд разрывается, и кровь изливается в окружающую ткань. Ранами называются механические повреждения мягких тканей с нарушением целостности покровов кожи.

**Во второй, третьей и четвертой фазах травмы** от столкновения автомобиля с пешеходом специфических повреждений мягких тканей не образуется. В эти периоды могут возникать и ссадины, и

кровоподтеки, и раны с самой разнообразной локализацией, они чаще располагаются на не защищенных одеждой участках тела – лице, голове и верхних конечностях.

**Характерными повреждениями для IV фазы являются ссадины кожи от волочения.** Они представляют собой параллельно идущие царапины желобоватой формы, красноватого цвета, со слущенным эпидермисом, более глубокие и широкие в месте своего начала и поверхностные, и узкие у своего окончания.

#### **Характеристика повреждений.**

Характер и локализация повреждений мягких тканей весьма разнообразны и зависят от фазы и механизма травмы, а также вида автомобиля.

**Переломы костей черепа** в основном носят закрытый характер и чаще бывают комбинированными – повреждениями свода и основания черепа. Наблюдаются два механизма переломов черепа. На первой фазе столкновения грузовой машины с пешеходом независимо от варианта столкновения, повреждения черепа образуются от непосредственного удара по голове частями машины в месте приложения силы. На II и III фазах повреждения чаще возникают от удара головой о части автомобиля или о грунт при падении.

**Среди повреждений грудной клетки** особенно часты переломы костного скелета и ранения органов грудной полости. В зависимости от механизма травмы переломы ребер можно подразделить на прямые (возникающие в месте удара), не прямые (образующиеся в отдалении от места удара) и комбинированные. Прямые и комбинированные переломы преимущественно возникают на I фазе травмы, в то время как не прямые – на II и III фазе.

**Переломы ключиц** чаще возникают в III фазе травмы и связаны со сгибанием кости, наступающим в момент падения человека на вытянутую руку или плечо. Переломы позвоночника, как и переломы ключиц, встречаются редко. Они возникают либо от непосредственного удара частями машины по спине (I фаза), либо в результате чрезмерного сгибания или разгибания позвоночного столба, чаще в шейном или грудном отделах (I и II фаза). При чрезмерном сгибании или разгибании позвоночного столба чаще повреждаются связки и межпозвоночные диски шейных позвонков.

**Переломы костей таза** возникают либо на I фазе травмы от удара частями автомобиля, либо на III фазе в результате удара тела о дорогу. Характер и локализация переломов костей таза находятся в прямой зависимости от силы и направления удара, а также особенностей анатомического их строения. Они могут быть прямыми и не прямыми, изолированными и реже – комбинированными, закрытыми и в исключительных случаях – открытыми.

**Среди переломов костей нижних конечностей** у пешеходов преобладают повреждения бедренных костей, которые чаще располагаются в средней и нижней третях и причиняются главным образом бампером грузового автомобиля. Локализация переломов костей нижних конечностей зависит от соотношения высоты отдельных частей машины и роста пешехода.

#### **4. Повреждения, возникающие в кабине автомобиля.**

Возникновение повреждений у водителей и пассажиров во время столкновения автомобилей между собой, с другими видами транспорта и неподвижными предметами **объясняется явлением инерции.** Когда автомобиль приходит в движение, люди, сидящие в его кабине, отклоняются назад, и это отклонение тем больше, чем быстрее переход автомобиля из состояния покоя в движение. При замедлении движения автомобиля или при внезапной его остановке находящиеся в кабине лица наклоняются вперед соответственно ходу движения машины.

Резкая и внезапная остановка машины приводит не только к наклонению тела, но нередко и к выбрасыванию его вперед. При этом различные участки передней поверхности тела водителя и пассажира (голова, грудь, нижние конечности) ударяются о расположенные спереди части и механизмы кабины автомобиля – о щиток приборов управления, потолок, рулевое колесо, ветровое стекло.

**На локализацию и характер повреждений оказывают влияние** расположение, плотность и форма различных частей кабины, скорость движения машины, масса и положение тела пострадавшего и другие факторы. Чем больше скорость движения машины и внезапнее остановка, тем выше сила инерции, а, следовательно, и сила удара тела человека о части кабины.

#### **Характеристика повреждений.**

**Повреждения мягких тканей** у водителей и пассажиров в кабине, как правило, располагаются на голове, передней поверхности лица, туловища и нижних конечностей, реже – на боковых (на левой стороне у водителя; на правой – у пассажира) и крайне редко – на задней поверхности тела.

**Повреждения головы и лица возникают** от удара о руль, ветровое стекло и его раму, панель щитка приборов управления, стойки и другие части кабины. При ударе о ветровое стекло или стекло дверец, вследствие их повреждения на лице и голове возникают многочисленные резаные раны различной формы, величины и глубины, иногда в сочетании с обширными скальпированными ранами волосистой части головы. Они располагаются на наиболее выступающих частях лица – на лбу, в области надбровных дуг, на носу, губах, подбородке и реже на щеках. В глубине резанных и скальпированных ран, как правило, обнаруживаются осколки разбитых стекол. У пассажиров кабины иногда в результате удара о панель щитка приборов управления на передней поверхности шеи возникают ссадины и кровоподтеки, сопровождающиеся кровоизлияниями в глубокие мягкие ткани, переломами хрящей, подъязычной кости и повреждениями органов шеи. Повреждения мягких тканей грудной клетки у пассажиров возникают значительно реже, чем у водителей.

У водителей и пассажиров кабины почти одинаково часто наблюдаются повреждения мягких тканей передних поверхностей коленных суставов или верхней трети голени, образующихся вследствие удара о щиток приборов управления. Они проявляются в виде поперечно расположенных ссадин, чаще линейной формы, иногда с кровоподтеком вокруг, или реже в виде ушибленных разной формы и размеров.

Повреждения головы у пострадавших в кабине автомобиля сопровождаются переломами костей черепа и повреждениями оболочек и вещества головного мозга. Переломы костей черепа возникают от удара головой о части кабины, переломы костей черепа могут быть закрытые и открытые, изолированные или сочетанные, вдавленные или оскольчатые. Большинство из них закрытые, изолированные, с более частой локализацией в области основания черепа.

При ударе лицом о руль, стойку кабины, раму ветрового стекла или ветровое стекло у водителей и пассажиров наряду с переломами костей черепа довольно часто возникают переломы костей лицевого скелета и повреждения зубов. Чаще других костей лица отмечены переломы нижней челюсти. В большинстве случаев они открытые, располагаются в вертикальном направлении по передней ее поверхности между первыми или первым и вторым зубами. Линия перелома всегда зубчатая, неровная. Эти переломы часто сопровождаются разрывами слизистой оболочки десен, а иногда и губ. Переломы верхней челюсти и костей носа в основном открытые и многооскольчатые.

**В происхождении повреждений внутренних органов** основное значение имеет удар телом о расположенные спереди части и механизмы кабины автомобиля. Сила удара при травме в кабине меньше, чем при других видах автомобильной травмы. Поэтому явления общего сотрясения тела в подобных случаях выражены слабее, причем у водителей меньше, чем у пассажиров.

В зависимости от характера все повреждения внутренних органов могут быть подразделены на ушибы, разрывы, размозжения и отрывы. Ушибы и разрывы ткани легких могут иметь в своем происхождении два или три механизма – удар, сотрясение, противоудар. Ушибы проявляются в виде очаговых кровоизлияний, локализующихся одновременно на обоих легких. Разрывы легких возникают от удара грудью о части кабины, реже от сотрясения и крайне редко причиняются концами переломанных ребер.

У пассажиров в результате удара передней поверхностью шеи о панель управления иногда возникают повреждения стенки гортани, переломы подъязычной кости, а также повреждения хрящей и колец гортани. Опасность подобных ранений состоит в том, что они могут приводить к развитию отека слизистой оболочки гортани, который нередко заканчивается смертью пострадавшего.

**Ранения полостных органов** – желудка, кишок и мочевого пузыря, встречаются относительно редко. Они ничем не отличаются от разрывов при любой другой травме, нанесенной тупым предметом. Наряду с повреждениями мочевого пузыря у пострадавших при данной травме всегда обнаруживаются переломы костей таза, особенно лобковых, осколками которых и наносятся повреждения мочевого пузыря.

**Повреждения грудной клетки** образуются при ударе передней поверхностью тела о руль (у водителей) или панель управления (у пассажира) и реже – от удара о дверцы кабины.

В момент столкновения автомобиля водитель ударяется грудью о находящийся впереди него руль, удар приходится соответственно месту расположения тела грудины и мечевидного отростка. В момент удара тело грудины и ряд прикрепляющихся к нему ребер прогибаются, в результате чего образуется прямой поперечный перелом грудины на границе тела и рукоятки. Переломы грудины у

водителей неизменно сочетаются с повреждениями ребер, ключиц и связок грудинно-ключичного сочленения. Наиболее частым и характерным сочетанием повреждений являются одномоментные поперечные переломы грудины и продольные повреждения прикрепляющихся к ней хрящей II, III, IV ребер. Переломы ребер у водителей встречаются несколько реже, чем у пассажиров. Причиной их возникновения у водителей является удар грудью о руль и реже – о левую дверцу кабины, а у пассажиров – удар о панель управления или правую дверцу кабины.

*Таким образом, большинство повреждений, полученных при ДТП это сочетанные черепно-мозговые травмы.*

При сочетанных травмах таза повреждения черепа имеют место у 84,0%; нижних конечностей — у 36,0%; живота — у 32,4%; верхних конечностей — у 16,0%. При сочетанных травмах верхних конечностей повреждения головы наблюдаются у 88,1%; шеи — у 21%; грудной клетки — у 29,5%; нижних конечностей — у 51,8%. Частота травм живота и таза оказалась значительно большей у пешеходов — 18,3 и 25,0%, чем у других участников ДТП — 2,3 и 10,1% соответственно.

## **5. Алгоритм действий на месте ДТП.**

За 2011 год на территории Волгоградской области разыскивается 57 водителей покинувших место ДТП, в результате которых погибло - 19 человек и было ранено - 198, всего место происшествия оставило 191 водитель.

Неоказание необходимой помощи влечет ответственность в соответствии с законом. Так, Уголовным кодексом РФ предусмотрено две статьи:

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

Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок от двух до четырех месяцев.

То же деяние, если оно повлекло по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого вреда его здоровью, наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Обратите внимание, что Правила дорожного движения (п. 2.5) обязывают водителя при ДТП оказать доврачебную помощь пострадавшим. Именно об этих обязанностях, регламентированных Правилами дорожного движения, идет речь в статье 124.

### **Статья 125. Оставление в опасности**

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

**Общая последовательность действий при дорожно-транспортных происшествиях заключается в следующем:**

1. прекращение дальнейшего воздействия на пострадавшего повреждающего фактора;
2. поддержание жизненно важных функций организма пострадавшего;
3. передача пострадавшего бригаде скорой помощи или доставка его в лечебное учреждение.

**Помощь, оказываемая пострадавшим в ДТП, подразделяется на три этапа:**

**первый этап** - на месте ДТП.

Включает в себя доврачебную помощь пострадавшим в ДТП, а также в необходимых случаях самопомощь и взаимопомощь. На этом же этапе квалифицированную медицинскую помощь оказывают сотрудники бригад скорой помощи и службы спасения, вызванные на место происшествия;

**второй этап** - при транспортировке пострадавших в лечебное учреждение. Данный этап обычно выполняется медицинскими или спасательными специальными бригадами. Однако в ряде случаев доставка пострадавших в лечебное учреждение может выполняться, например, водителями попутного транспорта. На данном этапе пострадавшим также оказывается необходимая помощь.

**третий этап** - в лечебном учреждении.



## **ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ НА МЕСТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ**

Если случилось ДТП, в котором имеются пострадавшие, то действуйте по следующей общей схеме:

### **1. Обеспечение безопасности на месте ДТП**

Прежде, чем приступить к оказанию помощи, необходимо обозначить место происшествия, включив аварийную световую сигнализацию и выставив знак аварийной остановки. Знак аварийной остановки устанавливается на расстоянии не менее 15 метров от транспортного средства в населенных пунктах и 30 метров – вне населенных пунктов.

Это необходимо сделать и для того, чтобы обезопасить пострадавших, а также лиц, оказывающих им помощь. Именно эту последовательность, регламентирует и п. 2.5 ПДД.

Ваши действия должны быть продуманными. Убедитесь в личной безопасности. Автомобиль с бензиновым двигателем сгорает за 5 мин. В этом случае реальна угроза взрыва. Неверные действия могут стоить жизни не только пострадавшему, но и лицам, оказывающим помощь. Всегда будьте внимательны на месте происшествия. Например, если автомобиль врезался в столб, возможен обрыв проводов линии электропередачи. Если этого не заметит, человек, пытающийся оказать помощь лицам, находящимся в поврежденной машине, то еще одним пострадавшим станет больше и, возможно, уже некому будет вызвать «скорую помощь» и (или) службу спасения. Всегда вначале оцените обстановку.

На месте ДТП для исключения развития опасных последствий следует немедленно заглушить двигатель автомобиля. Многие современные транспортные средства оборудуются специальным устройством, блокирующим подачу топлива к двигателю при ДТП. Если разлит бензин, нужно обязательно отключить аккумулятор поврежденной машины.



### **2. Вызов бригад скорой помощи и службы спасения на место ДТП**

Вызывать скорую помощь и оказывать доврачебную помощь можно одновременно. Хотя это будет возможно в том случае, когда на помощь могут прийти сразу несколько человек. В такой ситуации возможен и вариант, когда один человек обозначает место происшествия, другой в это же время, находясь в безопасной зоне, вызывает скорую помощь. И затем они приступают к оказанию доврачебной помощи. А вот если помощь может оказать только один человек, то всегда следует начинать с обозначения места происшествия. В ситуации, требующей безотлагательного вмешательства, после обозначения места ДТП, возможно, придется одновременно оказывать помощь и вызывать врачей и спасателей. Именно поэтому внесите в память своего мобильного телефона номера вызова скорой помощи и службы спасения, чтобы была возможность вызвать их с помощью функции быстрого набора.

«03» - традиционный телефон службы скорой помощи.

По телефону «01» можно также вызвать скорую помощь и спасателей, хотя этот телефон был закреплен за пожарной охраной.

«0911» - вызов с любого сотового телефона спасателей, милиции, скорой помощи, пожарной охраны, службы газа.





«112» - экстренный канал помощи в Москве и в Европе, планируется его введение по всей территории нашей страны.

Более точную информацию о телефонах экстренных служб вы можете получить у своего оператора сотовой связи.

Итак, вы дозвонились в службу скорой помощи или службу спасения. Теперь необходимо говорить быстро, но четко. Обязательно укажите количество пострадавших в ДТП, так как к каждому пострадавшему высылаются отдельные бригады. Вам будут заданы следующие вопросы:

1. количество пострадавших и их пол;
2. возраст, если не знаете - указывайте приблизительно (ребенок, подросток, взрослый, молодой, среднего возраста, пожилой);
3. что произошло (ДТП и состояние пострадавших в общих чертах, например, без сознания, кровотечение и т.п.);
4. адрес (здесь важна максимальная точность и ориентиры для подъезда);
5. кто вызывает скорую помощь (оставьте свой номер телефона, так как, возможно, бригаде потребуется уточнить ваше местонахождение).

Если пострадавшие зажаты в поврежденных транспортных средствах, то одновременно звоните в службу спасения, можете это сообщить и при вызове скорой помощи.

В нашей стране за определенными участками автодорог закреплены лечебные учреждения, и на трассах устанавливаются соответствующие дорожные знаки, которые обозначают ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.

Квалифицированную помощь пострадавшим может также оказать врач, проезжающий рядом с местом происшествия на личном автомобиле. На его автомобиле может быть установлен специальный опознавательный знак. В ряде случаев, когда выезд к месту происшествия бригады скорой помощи или спасателей затруднителен или ожидаемое время ее прибытия слишком велико, что может привести к гибели пострадавшего, водитель - участник ДТП, который в состоянии управлять своим автомобилем (и техническое состояние автомобиля позволяет это делать), должен доставить пострадавшего в лечебное учреждение. Либо он может двигаться навстречу автомобилю скорой помощи или службы спасения для передачи пострадавшего. Хотя наиболее оптимальным в такой ситуации будет транспортировка пострадавшего на любом другом проезжающим мимо места происшествия транспортном средстве.



## **ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ИЗ ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА**

Если в результате ДТП транспортное средство получило серьезные повреждения и его двери и окна не открываются, попытайтесь их открыть подручными средствами. В крайнем случае, окна можно разбить, только делать это следует осторожно, чтобы не нанести дополнительные травмы пострадавшему. Если пострадавший зажат деформированными частями транспортного средства, необходимо попытаться устранить травмирующий фактор. Однако, если очевидно, что это сделать не удастся, следует без промедления обратиться в службу спасения, специализированные бригады которой имеют все необходимое оборудование для извлечения пострадавших из поврежденных транспортных средств, либо сообщить об этом в скорую помощь.

Если ситуация складывается так, что первоочередной задачей является как можно скорейшее извлечение пострадавшего, то делать это нужно как можно осторожнее, чтобы не усугубить тяжесть полученных травм. Неправильное извлечение лица, имеющего повреждение шейного отдела позвоночника, может привести к его гибели. Медицинские и спасательные бригады имеют специальный шейный воротник для транспортировки лиц с такими травмами.

Извлекая человека из транспортного средства, ни в коем случае не применяйте силовых методов, то есть не пытайтесь выдернуть части тела, зажатые элементами автомобиля. Предварительно освободите его от всего, что препятствует эвакуации. Если пострадавшего извлекают хотя бы два человека, то по возможности следует сохранять его позу. При необходимости обратитесь к водителям и пассажирам проезжающего мимо транспорта. *Если все же приходится извлекать пострадавшего в одиночку, то лучше сдвинуть его к проему двери так, чтобы вы могли расположиться у него за спиной. Пропустите свои руки через подмышки пострадавшего и возьмитесь за неповрежденное предплечье его руки. Далее аккуратно извлеките его из автомобиля.*



Обратите внимание, что в ряде случаев возможно до приезда спасателей или сотрудников скорой помощи оказывать помощь пострадавшему прямо в поврежденной машине. Эвакуировать его из машины следует только в том случае, когда возможные последствия таких действий будут менее опасны, чем оставление пострадавшего в поврежденном транспортном средстве, например, если есть угроза пожара или взрыва.

## **6. Алгоритм оказания первой помощи при ДТП.**

Попав в экстремальную ситуацию, старайтесь сохранять спокойствие. Прежде, чем действовать, продумайте свои шаги.

Спросите себя:

- что мне необходимо предпринять?
- чем я могу быть полезен?

Таким образом, началу оказания первой медицинской помощи предшествует оперативное принятие верных и безопасных для спасателя решений. Это предопределяет успех в сохранении жизни и самого пострадавшего и спасателя. Исходя из вышеизложенного, представляется возможным обозначить конкретные действия спасателя в виде приведенного ниже алгоритма, который иногда еще называют схемой «4 по 4». Вашим руководством к действию являются четыре принципа оказания помощи при неотложных случаях.

### **6.1. Порядок действия на месте происшествия.**

#### **I. Осмотр места происшествия**

**1. Убедись**, что тебе и окружающим ничего не угрожает (очень важно выяснить безопасность подхода к месту происшествия и нахождение в нем пострадавших и спасающих):

- посмотри (оголенные электрические провода, падающие обломки);
- послушай;
- понюхай (пожар, дым, вредные испарения).

Если Вам угрожает какая-либо опасность, не приближайтесь к пострадавшему. Немедленно вызовите 03 и аварийно-спасательную команду. Никогда не подвергайте себя риску, иначе сами можете оказаться в роли пострадавших.

**2. Определи**, что именно произошло (по мере приближения к пострадавшему уже следует определить примерный объем предстоящей медицинской помощи, продумать план дальнейших действий и какие медицинские средства, например из автомобильной аптечки, могут потребоваться).

Старайтесь выявить те детали, которые могут подсказать причину случившегося происшествия. Это особенно важно, если пострадавший находится без сознания.

**3. Выясни** количество пострадавших:

- посмотри;
- попроси отозваться пострадавших
- спроси у окружающих.

Легко упустить из вида маленького ребенка, младенца. Если пострадавший стонет от боли и истекает кровью, можно не заметить второго пострадавшего, находящегося без сознания.

**4. Узнай**, кто может тебе помочь.

Попроси окружающих оказать вам содействие в оказании первой помощи другим пострадавшим. Они могут вызвать 03, встретить пребывающую машину, освободить место происшествия от транспорта и любопытных.

Как только вы приблизились к пострадавшему, постарайтесь его успокоить. Находитесь на уровне его глаз. Говорите спокойно:

- скажите кто вы такой;
- объясните, что вы прошли курс первой помощи;
- предложите ему вашу помощь (получите согласие пострадавшего на оказание помощи);
- объясните, какие действия вы собираетесь предпринять.

Пострадавший, находящийся в сознании, имеет право отказаться от вашей услуги. Если пострадавший находится без сознания, то считайте, что вы получили его согласие на проведение мероприятий первой помощи (это относится и к детям, находящимся без родителей и сопровождающих).

## **II. Первичный осмотр пострадавшего и оказание первой помощи при состояниях, угрожающих его жизни:**

Во время осмотра (первичного или вторичного) у пострадавшего выявляются повреждения, вызванные полученной травмой или болезнью. Выявленные признаки и симптомы включают в себя:

- поведение пострадавшего;
- его внешний вид;
- предъявляемые им жалобы и субъективные ощущения и объективные данные, свидетельствующие о травме или болезни, которые можно увидеть, ощупать или определить на слух.

### **1. Проверь реакцию:**

- громко окликните или хлопните в ладоши около каждого уха, спросите: «Вам нужна помощь?»;
- осторожно сожми плечо;
- ущипните за ухо или кожу кисти (область трапециевидной мышцы).

Не толкайте и не двигайте пострадавшего. Человек, не отвечающий на внешние раздражители, может быть без сознания. Это состояние может представлять угрозу для жизни. Когда человек теряет сознание, мышцы языка расслабляются, и в результате может произойти западение языка, непроходимость дыхательных путей и последующая остановка сердечной деятельности.

В процессе первичного осмотра вы также проверяете проходимость дыхательных путей пострадавшего, наличие дыхания и пульса. Таким образом, вы проверяете наличие признаков жизни у пострадавшего.

Переворачивайте пострадавшего на спину только в том случае, если у него отсутствуют дыхание и пульс. При повороте пострадавшего на спину необходимо придерживать голову так, чтобы по возможности, голова и позвоночник находились на одной оси.

### **2. Обеспечение проходимости дыхательных путей.**

Дыхательными путями являются воздухоносные проходы ото рта и носа к лёгким. Убедитесь, что дыхательные пути у пострадавшего открыты.

У любого человека, который в сознании и (или) в состоянии говорить или издавать крик, дыхательные пути открыты.

Если же пострадавший без сознания, необходимо убедиться в проходимости его дыхательных путей. Для этого запрокиньте его голову и приподнимите подбородок, фиксируя шейный отдел позвоночника (при этом пострадавший должен находиться в положении лежа на спине). При этом язык перестаёт закрывать заднюю часть дыхательного горла, пропуская воздух в лёгкие.

При подозрении на травму шеи используйте другой способ для открытия дыхательных путей – выдвигание нижней челюсти без запрокидывания головы.

Если вы заподозрили наличие инородного тела в дыхательных путях пострадавшего, вы должны попытаться удалить его, используя способ Хаймлиха.

### **3. Проверь дыхание (не менее 5 секунд):**

- если человек находится без сознания, обратите внимание на поднятие и опускание груди при наличии дыхания;
- вам необходимо услышать и почувствовать дыхание, чтобы убедиться, что человек дышит;
- приблизьте своё лицо ко рту и носу пострадавшего так, чтобы можно было слышать и ощущать воздух при выдохе, при этом наблюдайте за поднятие груди, почувствуйте рукой движение грудной клетки.

***ВНИМАНИЕ! Если пострадавший не дышит — начинай искусственную вентиляцию легких!***

Вы обязаны помочь пострадавшему путём вдыхания воздуха через рот. Зажмите его ноздри и сначала сделайте два полных вдувания. Далее следует проводить по одному вдуванию.

### **4. Проверь наличие пульса (7—10 секунд).**

Это последняя ступень первичного осмотра. Она включает определение пульса, выявление сильного кровотечения и признаков шокового состояния.

Если человек дышит, его сердце сокращается и вам не надо проверять наличие пульса. Если же дыхание отсутствует, вы должны прощупать пульс пострадавшего на шее, со стороны, находящейся ближе к вам. Пульс определяют на сонной артерии. Для этого надо найти адамово яблоко (кадык) и передвинуть пальцы в углубление, расположенное сбоку шеи. Замедленный или слабый пульс бывает трудно определить. Если вы считаете, что нашли пульс, прощупывайте его не менее 10 секунд.

В это же время вы должны выявить сильное наружное кровотечение и как можно быстрее остановить его.

Если пострадавший находится без сознания, но у него сохранены и дыхание и пульс, не оставляйте его лежать на спине. Поверните пострадавшего на бок, чтобы его дыхательные пути были открыты. В этой позиции и кровь, и рвотные массы могут свободно выходить из ротовой полости. Это положение называют безопасным.

***ВНИМАНИЕ! Если пульса нет — приступай к сердечно-лёгочной реанимации!***

### **III. Вызов скорой медицинской помощи (если Вы не выполнили этого ранее).**

1. Не оставляй пострадавшего одного дольше чем на 30 секунд (лучше попроси позвонить другого человека).
2. Сообщи диспетчеру, что и где произошло.
3. Сообщи количество и состояние пострадавших.
4. Сообщи, кто именно (квалификация) оказывает помощь.

***ВАЖНО! Не вешай трубку пока не получишь указания диспетчера скорой помощи!***

### **IV. Вторичный (подробный) осмотр пострадавшего и при необходимости оказание помощи при выявлении других проблем (если пульс, дыхание и сознание изначально у пострадавшего в наличии с этого пункта начинают):**

После того, как вы вызвали 03 и если вы абсолютно уверены, что у пострадавшего нет состояний, угрожающих его жизни и требующих непрерывного оказания помощи (к этому относится ИВЛ, НМС и артериальное кровотечение) вы можете переходить к проведению вторичного осмотра (дыхание и пульс сохранены).

При вторичном осмотре у пострадавшего выявляются прочие проблемы, которые говорят о необходимости оказания первой помощи. Сообщите пострадавшему о ваших намерениях. Не затрагивайте до болезненных участков. Не разрешайте ему двигать частью тела, в которой он испытывает дискомфорт. Следите за его мимикой и голосом во время осмотра.

#### **1. Вновь опросите пострадавшего:**

- что произошло и почему?
- есть ли у вас боль и в каком месте? Каков характер боли? Когда её почувствовали?
- есть ли аллергия на что-либо?
- имеются ли проблемы со здоровьем?
- принимаете ли лекарства и какие?

Уровень сознания определяется по ориентации пострадавшего во времени и пространстве. Для этого задайте следующие вопросы:

- сколько вам лет?
- какой сегодня день?
- где вы находитесь?

**2. Осмотри и осторожно ощупай обеими руками голову пострадавшего.** Проверь состояния глаз, загляни в ушные и носовые проходы на предмет обнаружения выделений (кровь, желтоватая жидкость). Осмотрите ротовую полость. При необходимости наложи повязку.

**3. Осмотри грудную клетку пострадавшего.** Нормальное дыхание регулярное и бесшумное, с частотой 12-20 в минуту (дети и младенцы дышат чаще). Нарушения дыхания включают:

- шумное, свистящее дыхание, булькающие звуки при дыхании;
- хватание воздуха ртом;
- учащение или замедление дыхания;
- наличие боли при дыхании;
- очень глубокое или слишком поверхностное дыхание.

Попросите пострадавшего сделать глубокий вдох (причиняет ли это боль?). Нажмите поочередно на рёберные дуги и с боку на грудную клетку с обеих сторон. Положите обе руки по обе стороны грудной клетки для определения симметричности движения грудной клетки при дыхании. При необходимости наложи повязку.

**4. Осмотри живот пострадавшего.** Есть ли выпячивания или эвентрация внутренних органов, а так же раны. Одной рукой определитесь с мягкостью живота (живот может быть - напряжён, «как доска», мягкий) и болезненностью с обеих сторон от прямой линии живота. При необходимости наложи повязку.

**5. Ощупайте двумя руками каждую руку пострадавшего** - лопатки и ключиц, от каждого плеча до кончиков пальцев. Если повреждения не обнаружены, попросите пострадавшего поднять сначала правую кисть, затем руку. После этого левую кисть и руку. При необходимости наложите повязку и транспортную иммобилизацию.

**6. Ощупайте двумя руками каждую ногу** - сверху от бедра до кончиков пальцев. Определите, есть ли изменения в форме и длине конечностей. Если не обнаружили повреждений, попросите пострадавшего согнуть в колене сначала правую, а затем левую ногу. При необходимости наложите повязку и транспортную иммобилизацию.

## **6.2. Этапы СЛР.**

Комплекс мероприятий сердечно-легочной реанимации (СЛР) включает в себя подготовительный и основной этапы.

Подготовительный этап предусматривает:

— диагностику клинической смерти, признаками которой являются отсутствие сознания, дыхания, пульса, глазных рефлексов и признаков биологической смерти;

— укладывание пострадавшего на спину на жесткое основание — необходимое условие для выполнения наружного (непрямого) массажа сердца, при котором сердечная мышца под давлением рук реаниматора будет сжиматься и выбрасывать кровь в аорту и, соответственно, в сонные артерии, идущие к головному мозгу. Давление будет производиться между грудиной и позвоночником пострадавшего, поэтому жесткое основание является одним из условий успешного проведения наружного массажа сердца. В реальных условиях жестким основанием может быть твердая поверхность пола, земли, проезжей части, стол, щит, подложенные под плечи пострадавшего книги и т. д. Наружный массаж сердца всегда оказывается неэффективным на мягкой пружинящей поверхности (диван, кровать и т. д.); — освобождение от стесняющих элементов одежды — тоже является одним из необходимых условий успешной реанимации поэтому, несмотря на время года (возможные инфекционные осложнения ничто по сравнению со спасенной жизнью) и половую принадлежность пострадавшего, необходимо освободить от одежды (расстегнуть, разрезать, разорвать) блок голова – шея - грудь. Кроме того, обязательно нужно расстегнуть поясной и (или) брючный ремень для профилактики возможных повреждений органов брюшной полости при выполнении наружного массажа сердца.

Основные этапы реанимации реализуются по общепринятому в международной спасательной практике правилу АВС (аббревиатура английских словосочетаний).

А - контроль и восстановление проходимости дыхательных путей;

В - искусственная вентиляция легких (ИВЛ);

С - наружный (непрямой) массаж сердца (НМС) — т.е. поддержание циркуляции крови в организме реанимируемого.

Становится понятным, что без осуществления определенной очередности правила А, В и С будут просто бесполезны, без выполнения ИВЛ — НМС тоже, в подавляющем большинстве случаев, не имеет смысла, поэтому схема основных этапов СЛР будет иметь замкнутый, последовательный цикл. Таким образом, технологическая схема реанимации выглядит следующим образом:

1. Подготовительный этап:

- диагностика клинической смерти;
- обеспечение жесткого основания;
- устранение стесняющих элементов одежды.

II. Основной этап:

А - обеспечение проходимости дыхательных путей;

В - ИВЛ;

С — НМС.

**Правило А** — контроль и восстановление проходимости дыхательных путей имеет наиважнейшее значение для проведения успешной реанимации, так как, если оно не будет выполнено, окажутся бесполезными и искусственная вентиляция легких, и наружный массаж сердца. Поэтому необходимо знать способы устранения основных причин непроходимости дыхательных путей.

### **6.3 Принципы оказания первой помощи при ранениях.**

**I. Первый (и главным) принцип оказания первой помощи при ранениях является остановка кровотечения любым доступным на данный момент способом.**

Способов временной остановки кровотечения достаточно много, и в реальной ситуации нужно применить наиболее адекватный обстановке:

- *прямое давление на рану* — по возможности, пострадавшего необходимо уложить на спину и приподнять раненую конечность выше уровня сердца, затем осуществить прижатие салфетки к ране пальцами своей руки;

- *пальцевое прижатие артерий* (одновременно с вышеизложенным способом, постараться осуществить прижатие магистральной артерии (височной, сонной, плечевой, бедренной к кости) — этот способ дает возможность если не остановить кровотечение, то хотя бы максимально уменьшить его интенсивность и спокойно, без суеты, разобраться в сложившейся ситуации, чтобы перейти на более надежный способ временной остановки кровотечения;

- при большом зиянии можно попытаться *свести вместе края раны*, сжав их с обеих сторон;

- *тампонада* (этот способ остановки кровотечения может быть использован при достаточно большой глубине раневого канала, когда рана тампонируется чистым, а лучше стерильным материалом, но только не ватой; при этом происходит сдавливание поврежденных сосудов, уменьшение интенсивности кровотечения и скорейшее образование в них тромбов);

- *максимальное сгибание конечности в суставе* (локтевом, тазобедренном, коленном), при этом для достижения результата необходимо подложить валик в суставную ямку — этот способ хотя и причиняет определенные неудобства пострадавшему, но дает неплохой эффект временной остановки кровотечения только при условии отсутствия переломов костей;

- *давящая повязка* (тоже преследует цель сдавливания поврежденных сосудов и уменьшения интенсивности кровопотери), при этом перед наложением повязки нужно убедиться в том, что в ране нет осколков стекла, металла и т. п., чтобы не спровоцировать дополнительное кровотечение; если повязка пропитывается кровью ни в коем случае не следует удалять ее, а добавить еще одну, поверх первой;

- *наложение жгута* (в качестве такового, помимо специального, могут выступать ремень, галстук кашне, подтяжка и т. п.) — сразу следует оговориться, что эта манипуляция весьма травматична и поэтому используется только в двух случаях: при сильных артериальных кровотечениях, когда другие способы временной остановки кровотечения оказались неэффективны, и при травматической ампутации конечности.

#### **Необходимо помнить следующие правила наложения жгута:**

1. Перед наложением жгута конечность, по возможности, постараться приподнять (для венозного оттока) на 5 — 7 секунд.

2. Кожные покровы, на которые будет наложен жгут, обязательно должны быть защищены материалом (бинтовая повязка, одежда и т. д.).

3. При кровотечении из артерий верхней конечности жгут накладывается на верхнюю треть плеча, при кровотечении из артерий нижней конечности — на среднюю треть бедра (именно в этих местах находится, как известно, одна кость — плечевая или бедренная, в других местах накладывать жгут просто бесполезно).

4. Первые два витка делают с максимальным усилием, и именно они являются кровоостанавливающими.

5. Обязательно накладывают жгут при отрыве части конечности, даже при отсутствии кровотечения.

6. Максимальные сроки, на которые может быть наложен жгут, следующие:

— в теплое время года — не более 90 минут;

— в холодный период — не более 60 минут.

По истечении этого срока (если госпитализация пострадавшего по каким-то причинам затягивается по времени) жгут слегка ослабляют и на 10—15 минут переходят на пальцевое прижатие магистральной артерии, после чего жгут вновь накладывают, но несколько выше или ниже предыдущего места.

**Детям, при прочих равных условиях жгут накладывается не более чем на 60 минут.**

7. Информация о времени наложения жгута фиксируется пострадавшему на лоб или любое другое видное место.

*ВАЖНО! Если жгут наложен правильно, то:*

- кровотечение прекращается;
- конечность белеет и холодеет на ощупь,
- периферический пульс не прощупывается.

**II. Второй принцип оказания ПМП при ранениях является так называемая дезинфекция раны**, т. е. защита области ранения от инфицирования дезинфекция раны достигается следующим:

- обработка краев раны любым доступным в данной ситуации дезинфекционным средством (спирт, водка, спиртовой раствор йода, одеколон, лосьон и др.);
- работать по возможности чистыми руками (или в перчатках), предварительно обработав их вышеперечисленными средствами;
- наложение чистого (лучше стерильного) материала поверх раненой поверхности (перед бинтованием);
- бинтование поврежденной области, которое производят таким образом, чтобы повязка надежно прикрывала место ранения, была надежной и одновременно не слишком тугой, чтобы не причинять дополнительные страдания пострадавшему (фиксирующий узел в конце бинтования должен располагаться на противоположной ране стороне).

**III. После этого раненую конечность лучше всего зафиксировать, например, подвесив на косынке или при помощи шин, что является третьим принципом оказания помощи при ранениях.**

**IV. Четвертый принцип обезболивания — необходимое условие профилактики болевого шока. В качестве обезболивающих могут быть использованы следующие средства:**

1. таблетки анальгина (и его аналоги);
2. капсулы трамадола (трамала);
3. также обезболивающим эффектом обладает холод (пакеты или пузыри со льдом, снегом, холодной водой), который или непосредственно прикладывается к месту ранения, или накладывается через уже наложенную повязку.

**IV. Пятый и последний принципы оказания ПМП при ранениях — безопасная транспортировка** тоже имеет немаловажное значение для профилактики возможных осложнений ведь при транспортировке в медицинское учреждение или во время ожидания приезда СМП пострадавший должен находиться в таком положении, которое устранит возможную угрозу для жизни пострадавшего и максимально уменьшит его страдания.

Так, при ранениях нижних конечностей, а также при ранениях живота пострадавший должен находиться в положении лёжа на спине или на боку; при ранениях грудной клетки — сидя или полусидя (слегка наклонившись вперед); при ранениях головы, в зависимости от тяжести состояния пострадавшего, — полулежа или лежа на спине, на боку.

*Таким образом, представляется возможным сформулировать общие принципы оказания первой медицинской (доврачебной) помощи пострадавшему при ранениях:*

1. Остановка кровотечения.
2. Дезинфекция раны.
3. Фиксация поврежденной части тела.
4. Обезболивание.
5. Безопасная транспортировка пострадавшего.

Именно соблюдение последовательности оказания первой медицинской помощи при ранениях (в рамках вышеизложенных общих принципов) позволит избежать ошибок и надеяться на дальнейший успех лечения.

Кроме этого, при рассмотрении этой темы следует остановиться на некоторых важных моментах:

1. Если кровотечение сильное, не теряйте времени на обработку ваших рук, действуйте быстро и грамотно во избежание шока.
2. Не поднимайте конечность, если есть подозрение на перелом кости.



3. Если пострадавший потерял много крови (пульс 100 ударов в минуту и более, кожные покровы бледные и (или) с синюшным оттенком, может быть спутанное сознание, частое поверхностное дыхание, жажда), после остановки кровотечения необходимо уложить его, приподняв по возможности нижние конечности (для притока крови к головному мозгу), напоить его водой или сладким чаем (если он в сознании) и принять меры к срочной госпитализации.

4. Если повязка пропитывается кровью, необходимо наложить еще одну поверх первой, но, ни в коем случае не снимая ее.

5. При кровотечении из сонной артерии следует немедленно сдавить рану пальцами или кулаком и после этого произвести тампонирование (попросту говоря — набить рану большим количеством чистой марли или салфеток) или наложить давящую повязку.

6. При наличии в ране инородных предметов — ни в коем случае не извлекайте их; используя стерильные марлевые тампоны, необходимо делать кольцо вокруг основания инородного тела до тех пор, пока кольцо не станет выше, чем само инородное тело. Затем, начиная со стороны предмета, наиболее удаленной от сердца, крепко прибинтовать защитное кольцо, оставляя свободным сам инородный предмет. Закрепить повязку нужно на противоположной от инородного предмета стороне. Сверху наложите стерильную марлю или другой чистый материал и закрепите его булавками или пластырем. Однако если инородное тело находится неглубоко и свободно сидит в ране, вы можете попытаться избавиться от него, промыв рану проточной водой.

7. Постарайтесь как можно быстрее вызвать СМП, попросив кого-нибудь либо самостоятельно после оказания первой помощи.

8. Постоянно разговаривайте с пострадавшим, объясняйте все свои действия, всячески ободряйте его и успокаивайте, следите за его состоянием.

9. Если есть возможность, одежду в области ранения перед оказанием помощи разрезают. Кстати говоря, начинать снимать одежду целесообразнее со здоровой конечности, а надевать — в обратной последовательности.

## **7. Состав автомобильной аптечки.**

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

- 1.1. Жгут кровоостанавливающий 1 шт.
- 1.2. Бинт марлевый медицинский нестерильный 5\*5 2 шт.
- 1.3. Бинт марлевый медицинский нестерильный 5\*10 2 шт.
- 1.4. Бинт марлевый медицинский нестерильный 7\*14 1 шт.
- 1.5. Бинт марлевый медицинский стерильный 5\*7 2 шт.
- 1.6. Бинт марлевый медицинский стерильный 5\*10 2 шт.
- 1.7. Бинт марлевый медицинский стерильный 7\*14 1 шт.
- 1.8. Пакет перевязочный стерильный 1 шт.
- 1.9. Салфетки марлевые медицинские стерильные 1 уп.
- 1.10. Лейкопластырь бактерицидный 4 см x 10 см 2 шт.
- 1.11. Лейкопластырь бактерицидный 1,9 см x 7,2 см 10 шт.
- 1.12. Лейкопластырь рулонный 1 x 250 1 шт.

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

- 2.1. Устройство для проведения искусственного дыхания "Рот-Устройство-Рот" 1 шт.

### **3. Прочие средства.**

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

### **Рекомендации по применению аптечки первой помощи (автомобильной)**

Средства, входящие в состав аптечки первой помощи (автомобильной), предусмотренные приложением № 1 (далее – Состав аптечки), при оказании первой помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий рекомендуется применять следующим образом:

а) при оказании первой помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий, все манипуляции выполнять в медицинских перчатках (п. 3.2 Состав аптечки);

б) при артериальном кровотечении из крупной (магистральной) артерии прижать сосуд пальцами в точках прижатия, наложить жгут кровоостанавливающий (п. 1.1 Состав аптечки) выше места повреждения, с указанием в записке времени наложения жгута, наложить на рану давящую (тугую) повязку (п. 1.2-1.9 Состав аптечки);

в) при отсутствии у пострадавшего самостоятельного дыхания провести искусственное дыхание при помощи устройства для проведения искусственного дыхания «Рот-Устройство-Рот» (п. 2.1 Состав аптечки);

г) при наличии раны наложить давящую (тугую) повязку, используя стерильные салфетки (п. 1.9 Состав аптечки) и бинты (п. 1.2-1.7 Состав аптечки) или применяя пакет перевязочный стерильный (п. 1.8 Состав аптечки). При отсутствии кровотечения из раны и отсутствии возможности наложения давящей повязки наложить на рану стерильную салфетку (п.1.9 Состав аптечки) и закрепить её лейкопластырем (п. 1.12 Состав аптечки). При микротравмах использовать лейкопластырь бактерицидный (п. 1.10 - 1.11 Состав аптечки)».

## Помощь детям, пострадавшим в ДТП на территории Московской области

