



Учебный (лекционный) материал к программе
дополнительного профессионального образования (повышение квалификации)
«Программа ежегодных занятий с водителями и работниками, управляющими служебным
транспортom по безопасности дорожного движения»

Оглавление

Раздел 4. Оказание первой доврачебной помощи пострадавшим в ДТП	2
Тема 4.1. Первая доврачебная помощь при ДТП	2
Тема 4.2. Виды и формы поражения, пострадавших при ДТП, приёмы оказания первой доврачебной помощи	8
Вопросы к экзаменационным билетам Раздела 4	13



Раздел 4. Оказание первой доврачебной помощи пострадавшим в ДТП

Тема 4.1. Первая доврачебная помощь при ДТП

Порядок оказания первой помощи пострадавшим при ДТП изучается еще в автошколе на этапе изучения правил дорожного движения.

К сожалению, часто дорожные происшествия случаются в местах, отдаленных от медицинских учреждений. Именно поэтому от умения водителя оказать первую помощь зависит жизнь человека.

При ДТП наиболее часты повреждения грудной клетки, травмы живота и тазового отдела от удара о рулевое колесо и рулевую колонку, травмы головы, шеи и позвоночника от удара о лобовое стекло.

После ДТП не стоит думать о том, имеется ли страховка и кто будет возмещать ущерб. Главное — спасти человеку жизнь. Соблюдение основных правил позволит уменьшить степень вреда, причиненного здоровью пострадавшего.

В случае дорожно-транспортного происшествия, по Правилам дорожного движения водитель обязан:

- остановить автомобиль;
- включить аварийную сигнализацию;
- принять меры для оказания помощи пострадавшим в ДТП.

Общие правила оказания помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях сводятся к следующему:

- определить характер повреждений;
- определить наиболее пострадавшую зону;
- при необходимости извлечь пострадавшего из поврежденного автомобиля;
- уложить, освободить от одежды, сдавливающей шею или поврежденные места;
- после того, как первая помощь оказана, пострадавшего стоит перенести в безопасное место.

При необходимости пострадавшего следует доставить в медицинское учреждение, либо дожидаться приезда скорой помощи.

Характерные ошибки при оказании первой помощи на месте происшествия

Ошибки при оказании первой помощи могут серьезно навредить пострадавшему, усугубить травмы или даже привести к летальному исходу. К наиболее характерным ошибкам относятся:

Ошибки, связанные с безопасностью

Пренебрежение собственной безопасностью. Не оценив риски (например, опасность от транспорта, огня, нестабильных конструкций), оказывающий помощь сам может пострадать, что сделает помощь невозможной или опасной.

Использование непригодных средств защиты. Пренебрежение перчатками или другими барьерными средствами повышает риск инфицирования при контакте с кровью или другими биологическими жидкостями.

Ошибки при перемещении пострадавшего

Необоснованное перемещение. Попытки вытащить человека из машины, передвинуть или изменить положение тела при подозрении на перелом позвоночника, травму шеи или внутренних органов могут привести к смещению костей, повреждению сосудов и нервов, разрыву органов.

Перемещение без крайней необходимости. Делать это можно только при прямой угрозе жизни: пожар, обрушение, риск взрыва.



Ошибки при остановке кровотечения

Необоснованное наложение жгута. Жгут применяют только при артериальном кровотечении (кровь ярко-алая, бьет фонтаном). При венозном достаточно тугий повязки.

Неправильный выбор места наложения. Нельзя накладывать жгут на среднюю треть плеча, нижнюю треть бедра или на суставы – это грозит повреждением нервов и сосудов.

Слабое или чрезмерно сильное затягивание. Слабое сдавливает только вены, и кровотечение продолжается. Слишком сильное приводит к повреждению нервов и мягких тканей, некрозу.

Отсутствие записи о времени наложения. Это критически важно для медиков.

Жгут закрыт одеждой или повязкой. Он должен быть виден.

Ошибки при сердечно-легочной реанимации

Нарушение последовательности действий. Например, начало с искусственного дыхания, а не с компрессий грудной клетки (непрямой, закрытый массаж сердца).

Неправильная техника компрессий. Неверное положение рук, недостаточная или чрезмерная глубина, малая частота, отсутствие полного расправления грудной клетки после каждого надавливания.

Ошибки при искусственном дыхании. Недостаточное открытие дыхательных путей, недостаточный или избыточный объем вдуваемого воздуха, отсутствие герметичности.

Неправильное соотношение надавливаний и вдохов. Например, 15:2 вместо 30:2.

Длительные перерывы в компрессиях (более 10 секунд).

Применение прекардиального удара – это может быть опасно.

Ошибки при ожогах

Нанесение масла, сметаны, жирных мазей. Создает пленку, которая препятствует охлаждению и усугубляет поражение тканей.

Вскрытие пузырей. Повышает риск инфицирования.

Отрывание прилипшей к ране одежды. Может привести к отслоению больших участков кожи и кровотечению.

Обработка спиртосодержащими средствами или зеленкой. Ухудшает состояние тканей.

Другие распространенные ошибки

При носовом кровотечении – запрокидывание головы назад. Кровь при этом стекает в носоглотку и желудок.

При судорожном приступе – попытки разжать зубы и вставить в рот предметы. Это может привести к травмам зубов, горла или закупорке дыхательных путей.

При инородном теле в дыхательных путях – хлопки по спине поперхнувшемуся. Иногда это загоняет предметы еще глубже.

Самостоятельное удаление травмирующего предмета из раны. Это может спровоцировать сильно кровотечение. Удалять предметы должен только врач.

Введение лекарств без назначения врача. У препаратов есть противопоказания и побочные эффекты, которые непрофессионал может не учесть.

Как избежать ошибок

Оцените безопасность для себя, пострадавшего и окружающих.

Действуйте по алгоритму. Если сомневаетесь в своих силах, лучше дождаться профессиональных медиков.

Используйте средства защиты (перчатки, салфетки) при контакте с кровью или другими биологическими жидкостями.

Не предпринимайте действий, в которых не уверены.

Вызовите скорую помощь сразу после оценки ситуации.

Помните: правильно оказанная первая помощь спасает жизни, а ошибки могут нанести непоправимый вред. Если у вас есть сомнения в своих силах, лучше не рисковать и дождаться профессионалов.



Методы высвобождения пострадавших, извлечения из транспортного средства

Методы извлечения пострадавших из транспортного средства зависят от состояния человека, характера травм и условий на месте происшествия. Главное правило: экстренное извлечение выполняется только при наличии угрозы жизни (пожар, взрыв, задымление, угроза опрокидывания автомобиля) или невозможности оказания первой помощи в салоне (например, при остановке дыхания или сильном кровотечении). Во всех остальных случаях нужно дожидаться прибытия спасателей.

К основным методам извлечения пострадавших из транспортного средства относятся:

1.Если пострадавший в сознании:

Слегка разверните человека спиной к себе, держась за брючный ремень или пояс;

Просуньте руки под мышки и зафиксируйте предплечье одной (не травмированной) руки;

Аккуратно извлеките пострадавшего из автомобиля.



2.Если пострадавший без сознания или есть подозрения на травму шейного отдела позвоночника

Выполните те же действия, что и в предыдущем случае (разворот, захват под мышки);

Одновременно зафиксируйте голову и шею: одной рукой захватите подбородок (не шею!), прижмите голову пострадавшего к своей груди;

Извлекайте, сохраняя стабилизацию головы и шеи.



3.Извлечение с использованием подручных средств и специального оборудования

При зажатии деформированными частями автомобиля: сначала устраните травмирующий фактор (уберите часть руля, панель), затем извлекайте.

Для фиксации шейного отдела: используйте табельные средства (шейные воротники, шины) или импровизированный воротник из элементов одежды (куртки, свитера), обернув их вокруг шеи так, чтобы края туго подпирали голову.

Специальный щит: между сиденьем и пострадавшим аккуратно размещают жесткий щит. Человека осторожно поворачивают как единое целое, укладывают на щит, фиксируют ремнями, затем извлекают.

4.Извлечение через разные проемы

Через заднюю дверь или окно: если боковые двери заблокированы, открывают заднюю дверь или аккуратно разбивают заднее стекло. Между спинкой сидения и спиной пострадавшего заводят доску или щит, втаскивают на него человека и выносят.

Через противоположное сиденье: если пострадавшего нельзя извлечь через заднее окно, иногда безопаснее извлечь его через окно на противоположной стороне. Это помогает сохранить нейтральное положение спины и минимизировать скручивание тела.



Важные принципы

Не применяйте силу. Не пытайтесь выдернуть части тела, зажатые элементами автомобиля – сначала освободите их.

Минимизируйте скручивание тела. Старайтесь сохранять линию спины пострадавшего прямой.

Привлекайте помощников. Извлечение одного человека с серьезными травмами рискованно.

После извлечения немедленно переместите пострадавшего на безопасное расстояние и окажите первую помощь.

Последовательность действий при оказании первой помощи пострадавшим при дорожно-транспортном происшествии

Оказание первой помощи при ДТП требует четкого соблюдения алгоритма, чтобы не навредить пострадавшему и сохранить жизнь до приезда медиков.

1.Оцените собственную безопасность

Прежде всего, убедитесь, что вам и другим людям ничего не угрожает. Осмотрите место происшествия: нет ли возгорания, утечки топлива, угрозы взрыва, обрушению конструкций или движения других машин. Если есть опасность, не приближайтесь к пострадавшим – дождитесь прибытия спасателей.

Обозначьте место ДТП: включите аварийную сигнализацию и выставьте знак аварийной остановки. В населенных пунктах – на расстоянии не менее 15 метров от транспортного средства, вне населенных пунктов – не менее 30 метров.

Если ДТП произошло за поворотом или на спуске, выставьте знак до поворота или спуска. Если Вы не один, попросите об этом помощника. Наденьте светоотражающий жилет.

От последовательности оказания помощи также будет зависеть ее эффективность и вероятность того, что удастся сохранить пациенту жизнь. Важно уметь отличать, какие состояния угрожают жизни пострадавшего больше всего.

2.Вызовите скорую помощь

Позвоните по номеру 112 (единый номер спасения). При вызове кратко сообщите: адрес, количество пострадавших, их состояние, есть ли среди них дети или беременные, а также особенности подъезда. Если есть пострадавшие, зажатые в машине, также сообщите об этом. Не отлучайтесь от оператора, следуйте его дальнейшим указаниям.

3.Проведите осмотр и оценку состояния пострадавшего

При ДТП осмотр пострадавшего – это критически важный процесс, который помогает быстро выявить и устранить угрозы жизни, а затем детально осмотреть все тело для поиска скрытых травм. Он делится на два этапа: первичный (быстрый, направленный на спасение жизни) и вторичный (более подробный).

Первичный осмотр

Его цель – за считанные секунды (не более 30 секунд) определить и устранить состояния, которые могут привести к смерти в ближайшие минуты. Что нужно проверить в первую очередь:

Сознание. Громко окликните пострадавшего, аккуратно встряхните за плечи и задайте вопрос. Если он не реагирует – сознание отсутствует.

Дыхание. Одновременно с проверкой сознания оцените дыхание. Наклонитесь, чтобы посмотреть на грудную клетку, прислушайтесь и ощутите движение воздуха щекой или воспользуйтесь зеркалом или стеклом (стекло мобильного телефона, например).

Кровотечение. Визуально определите наличие обильного наружного кровотечения (лужа крови под пострадавшим, интенсивное пропитывание одежды).

Признаки угрожающих состояний. Выявите клиническую смерть (отсутствие сознания, дыхания, широкие зрачки без реакции на свет), кому, проникающие ранения шеи или грудной клетки.

Если обнаружены признаки:

Клинической смерти – немедленно начните сердечно-легочную реанимацию (30



компрессий грудной клетки, затем 2 вдоха).

Наружного кровотечения – пережмите артерию рукой и наложите жгут.

Проникающего ранения шеи или грудной клетки – закройте рану ладонью, а затем наложите повязку.

Комы – поверните пострадавшего на живот и освободите ротовую полость.

Важно: при любом подозрении на травму шейного отдела позвоночника необходимо вручную стабилизировать голову и шею пострадавшего, не допуская движений.

Вторичный осмотр

Этот этап проводится после того, как устранены непосредственные угрозы жизни. Его цель – тщательно осмотреть все тело, чтобы не пропустить травмы, которые могут ухудшить состояние позже. Порядок проведения вторичного осмотра следующий:

Голова. Осмотрите на предмет ран, деформаций, кровоподтеков. Аккуратно ощупайте волосистую часть головы кончиками пальцев. Если чувствуете хруст (костную крепитацию) – немедленно прекратите осмотр этой зоны.

Шея. Проверьте на припухлости, деформации ссадины. При подозрении на травму шейного отдела зафиксируйте голову и шею.

Грудь. Оцените симметричность грудной клетки, наличие ран, ссадин, асимметрии дыхания. При подозрении на пневмоторакс действуйте по протоколу.

Живот. Проверьте форму, наличие ран, вздутия, напряжения мышц.

Таз. Оцените стабильность таза, при подозрении на нестабильность наложите специальную повязку для уменьшения кровотечения.

Конечности. Осмотрите на предмет деформаций, ссадин, кровоподтеков. Проверьте объем движений, мышечную силу. Если осмотр, вызывает резкую боль – прекратите манипуляции.

Дополнительно: выясните жалобы пострадавшего на боль, затрудненное дыхание, потерю чувствительности; спросите о возможных аллергических реакциях на медикаменты; проверьте признаки переохлаждения.

Важно: если у пострадавшего есть запах алкоголя изо рта или наблюдается неадекватное поведение в сочетании с бледностью кожи, его нельзя отпускать с места ДТП до приезда медиков, даже при отсутствии видимых травм.

4. Устраните непосредственные угрозы жизни

Действуйте быстро, но осторожно, чтобы не усугубить травмы. Извлекайте пострадавшего только в случае прямой угрозы его жизни: возгорание, взрыв, задымление, угроза опрокидывания. Если есть возможность, сначала устраните травмирующий фактор (освободите зажатые части тела). При извлечении не применяйте силу – не дергайте зажатые части тела.

Если пострадавший находится в сознании, жалуется на любые боли, включая головокружение или затрудненное дыхание и одышку, его ни в коем случае нельзя извлекать из машины или предлагать выйти из транспортного средства до прибытия бригады скорой помощи или спасателей, при условии отсутствия крайней необходимости.

Когда нужно извлекать пострадавшего:

- Стойкий запах бензина в салоне автомобиля;
- Задымление транспортного средства или его возгорание, угроза взрыва;
- Характер травм и их тяжесть не позволяет оказывать помощь в салоне автомобиля;
- Погодные условия не позволяют оставить пострадавшего в автомобиле (холод, нет возможности согреть пострадавшего);
- Вероятность скатывания автомобиля в пропасть.

Если человек лежит на проезжей части, его нужно переместить на обочину или тротуар, чтобы избежать повторного наезда другими водителями, не заметившими лежащего человека. Необходимо не перенести, а перетащить пострадавшего. Нельзя класть его на спину, за исключением случаев, когда пострадавшему требуется искусственное дыхание. Голова раненого всегда должна быть наклонена в сторону.

Если ДТП произошло в холодную погоду, не забудьте постелить что-нибудь на землю,



чтобы избежать переохлаждения. Пострадавшего, находящегося без сознания или в шоковом состоянии, не накрывают (если нет морозов и осадков), так как это усилит кровообращение и опасно внутренними кровотечениями.

5.Окажите помощь при выявлении травм

После устранения непосредственных угроз приступайте к оказанию помощи

При переломах обездвижьте поврежденную конечность или участок тела с помощью подручных средств (досок, палок). Если перелом открытый, сначала обработайте края раны антисептиком и наложите стерильную повязку.

При кровотечениях – наложите давящую повязку. Если это не помогает, наложите кровоостанавливающий жгут выше раны, обязательно зафиксируйте время его наложения.

При остановке дыхания и отсутствии пульса – проведите сердечно-легочную реанимацию: чередуйте непрямой массаж сердца и искусственное дыхание.

При ожогах – наложите стерильную, не слишком тугую повязку, не применяя антисептиков и не удаляя из раны обгоревших остатков одежды.

6.Постоянно контролируйте состояние

Не оставляйте пострадавшего одного. Периодически проверяйте сознание, дыхание, пульс. Оказывайте психологическую поддержку: говорите спокойной, объясняйте, что помощь уже в пути.

7.Передайте пострадавшего бригаде скорой помощи

Когда медики приедут, подробно расскажите им о случившемся, оказанных мерах и состоянии пострадавшего.

Важно: не предпринимайте сложных манипуляций, если вы не проходили обучение по первой помощи. Ваша задача – стабилизировать состояние до прибытия медиков.

Правила транспортировки пострадавших

В случае если прибытие машины «Скорой помощи» затягивается более чем на 20 минут, нельзя поддаваться соблазну отправить пострадавшего в состоянии комы, а тем более с множественными повреждениями, на попутном, случайном, не приспособленном для перевозки больных, транспорте. Если его и довезут до больницы живым, то даже в реанимационном центре он, скорее всего, умрет от последствий неправильной транспортировки.

Немедленная транспортировка на попутном транспорте допускается только при сильном кровотечении, когда с каждой секунды теряется большое количество крови, а рассчитывать на полную остановку кровотечения с помощью жгута или сильного прижатия сосуда не приходится. Тогда спасение пострадавшего – только в скорости доставки его в операционную.

В остальных случаях при выборе автотранспорта следует отдавать предпочтение автобусу, грузовику или фургону, т.е. такому виду транспорта, где можно не только положить пострадавшего на пол, но и дать ему одного – двух сопровождающих.

Транспортировка пострадавшего – самый сложный даже для профессионалов спасательных служб период при помощи догоспитальном этапе. При транспортировке пострадавшего в состоянии комы на попутном транспорте сопровождающему необходимо каждые 5 минут очищать ротовую полость и носовые ходы от выделений, следить за характером дыхания и в любую минуту быть готовым к оказанию соответствующей помощи, если состояние пострадавшего начнет резко ухудшаться.

Организационно-правой аспект оказания первой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

В п.п.2.5.Правил дорожного движения сказано, что «При дорожно-транспортном происшествии водитель, причастный к нему, обязан: ... принять возможные меры для оказания доврачебной медицинской помощи пострадавшим, вызвать «Скорую медицинскую помощь», а в экстренных случаях отправить пострадавших на попутном, а если это невозможно, доставить на своем транспортном средстве в ближайшее лечебное учреждение...».



Более того, статья 125 Уголовного кодекса РФ предупреждает, что заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровью 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 до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо принудительными работами на срок до одного год, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.

Первая медицинская помощь – это оперативная помощь на месте ДТП и ее задачей является сохранение и поддержание жизненно важных функций организма пострадавшего до момента прибытия квалифицированной медицинской помощи.

Водитель может оказаться единственным человеком на месте происшествия, который способен оказать помощь. Эта помощь, своевременная и правильно представленная, зачастую определяет, будет ли жить пострадавший, выздоровеет он полностью или останется на всю жизнь инвалидом.

Разумеется, водителя может беспокоить вопрос о юридической ответственности, связанной с оказанием первой помощи. Особенно это касается помощи, при неотложных состояниях, связанных с комплексом реанимационных мероприятий – непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких. Однако, при условии, что действия водителя будут целесообразны и осторожны, его не должны волновать правовые вопросы.

При любых обстоятельствах следует руководствоваться здравым смыслом и полученными навыками, проявлять заботу и осторожность. От водителя-спасателя не требуется творить чудеса или подвергать свою жизнь опасности. Любая травма может вызвать у спасающего человека, не имеющего медицинского образования или навыков обращения с тяжелыми больными, очень неприятные ощущения из-за присутствия крови, рвотных масс, отталкивающих запахов. При необходимости следует отвернуться от пострадавшего на короткое время и сделать несколько глубоких вдохов.

Надо помнить, что если состояние пострадавшего критическое, то спасение его жизни исключительно в руках оказывающего первую помощь.

Спасателю надо постараться отнестись к пострадавшему также как он хотел бы, чтобы отнеслись к нему, случись с ним подобное несчастье.

Тема 4.2. Виды и формы поражения, пострадавших при ДТП, приёмы оказания первой доврачебной помощи

При дорожно-транспортных происшествиях пострадавшие могут получить самые разные повреждения. Их виды и формы зависят от множества факторов: типа столкновения, скорости, использования ремней безопасности, конструктивных особенностей автомобиля и других обстоятельств.

Виды повреждений

По механизму возникновения повреждения можно разделить на несколько групп:

Механические травмы – это самый частый вид повреждений при ДТП. Они возникают из-за удара, сдавливания или трения тела о части автомобиля (рулевое колесо, панель приборов, деформированные элементы кузова). К ним относятся:

Черепно-мозговые травмы – сотрясения, ушибы головного мозга, переломы костей черепа, внутримозговые гематомы.

Травмы позвоночника – хлыстовые переломы шейных позвонков, компрессионные переломы грудного или поясничного отдела при падении или ударе.

Переломы костей – часто страдают нижние конечности (бедро, голень, стопа), ключицы,



ребра, плечевые кости.

Повреждения внутренних органов – разрывы печени, селезенки, почек, кишечника при ударе о рулевое колесо или панель приборов.

Открытые раны – порезы, рваные или колотые раны от осколков стекла, искореженного металла или выступающих деталей салона.

Синдром длительного сдавливания – возникает, когда часть тела оказывается зажатой деформированными элементами автомобиля на длительное время.

Термические повреждения – могут появиться в результате возгорания автомобиля, контакта с горячими жидкостями (антифриз, электролит) или пламенем.

Комбинированные повреждения – сочетают несколько видов повреждений, например, механические травмы плюс ожоги.

Сочетанные и множественные раны – это характерная особенность ДТП. У одного пострадавшего часто выявляют повреждения нескольких анатомических областей (например, черепно-мозговая травма + перелом бедра + разрыв селезенки). Такие травмы значительно усложняют диагностику и лечение.

Формы повреждений

По форме проявления повреждения можно классифицировать так:

Закрытые повреждения – травмы, при которых кожа не нарушена (ушибы, закрытые переломы, сотрясения мозга).

Открытые повреждения – раны, которые могут сопровождаться нарушением целостности кожных покровов (резанные, колотые раны).

Внутренние кровотечения – кровоизлияния в полости тела (брюшную, грудную), которые не всегда видны снаружи, но представляют серьезную угрозу из-за быстрого развития шока.

Шок – тяжелое состояние, которое может развиваться как реакция на множественные или тяжелые травмы. Шок резко ухудшает состояние пострадавшего и требует неотложной помощи.

Термические поражения – ожоги различной степени тяжести, возникающие при возгорании автомобиля.

Приемы оказания первой помощи

При дорожно-транспортных происшествиях от ваших действий может зависеть жизнь человека. Главное — действовать спокойно, последовательно и в рамках базовых знаний, чтобы не навредить.

Экстренная помощь при кратковременной потере сознания (обмороке)

Первое, что нужно сделать – это убедиться в наличии пульса на сонной артерии. При наличии пульса на сонной артерии требуется как можно быстрее увеличить приток крови к головному мозгу. Для этого пострадавшего кладут на спину и приподнимают ему ноги, подложив пол голени валик, свернутую одежду, или сгибают ноги в коленях. Одновременно обязательно расслабляют поясной ремень, галстук и расстегивают сорочки, т.е. устраняют возможные препятствия быстрого притока крови к головному мозгу.

Следующие действия должны быть направлены на повышение тонуса сосудов, а точнее, необходимо спровоцировать централизацию кровообращения. Сделать это очень просто: достаточно поднести к носу больного ватку с нашатырным спиртом, результат не заставит себя долго ждать: веки мелко задрожат, человек глубоко вздохнет и придет в сознание.

Действие нашатырного спирта объясняется тем, что его пары сильно раздражают обонятельные рецепторы носа настолько, что вызывают сильнейшую боль, которая приводит к выбросу адреналина, а это провоцирует кратковременную централизацию кровообращения и очень быстро возвращает прекапиллярам нормальный тонус.

Подобного эффекта можно добиться, воздействуя и так называемые болевые точки. Самая эффективная и доступная из них располагается в складке между перегородкой носа и верхней губой. При обмороке следует, как можно сильнее нажать на эту точку.



Запомните: если в течение трех минут пострадавший не приходит в сознание, его следует повернуть на живот или на бок и приложить к голове холод.

Экстренная помощь при мозговой травме

Если человек при наличии пульса и дыхания не приходит в сознание более трех минут, на голове у него имеются следы ушибов, ссадины и т.п., это дает основание заподозрить у него черепно-мозговую травму – ушиб или сотрясение головного мозга, внутричерепное кровоизлияние из поврежденных мозговых сосудов или повреждения мозговой ткани обломками костей черепа.

Как правило, черепно-мозговая травма сопровождается потерей сознания, или так называемой мозговой комой.

Внешне кома напоминает глубокий сон. В зависимости от глубины комы резко снижается тонус подъязычных мышц и мягкого неба – вот главная опасность бессознательного состояния.

В положении лежа на спине происходит западание языка, который настолько плотно прилипает к задней стенке глотки, что полностью блокирует доступ воздуха в легкие. В подавляющем большинстве случаев пострадавшие погибают от удушья собственным языком.

Другая опасность коматозного состояния заключается в угнетении кашлевого и глотательного рефлексов, защищающих дыхательные пути от попадания инородных тел и слюны.

Если человек в состоянии комы лежит на спине, то слюны, мокрота, кровь из носа и разбитых губ, а также рвотные массы будут обязательно затекать в дыхательные пути.

Сердечно-легочная реанимация

Запомните! У Вас мало времени. До начала проведения реанимационных мероприятий есть несколько минут с момента прекращения сердечной деятельности у пострадавшего. Клетки головного мозга могут обходиться без кислорода около 7 минут.

Действия по восстановлению или поддержанию сердечной и дыхательной деятельности у пострадавшего называют реанимацией и включают в себя 3 ступени (Реанимация по системе ABC):

А. Определение проходимости верхних дыхательных путей

Если пострадавший без сознания, его голову следует запрокинуть назад и прощупать пульс на шее.

При закупорке дыхательных путей (рвотными массами, кровью, слизью, песком, илом) очищают рот марлей или чистой тряпочкой, намотанной на палец. При этом голова должна быть повернута набок.

В. Искусственное дыхание

При отсутствии дыхания пострадавшего необходимо положить на спину, голову запрокинуть назад, одну руку ладонью положить на лоб и пальцами зажать нос, второй рукой указательным и большим пальцами зажать нижнюю челюсть и отвести ее к груди.

На рот пострадавшего желательно положить платок или тканевую салфетку. Далее производить вентиляцию легких «рот в рот» с частотой дыхательных циклов 10-14 в минуту. Во время вдувания воздуха грудь пострадавшего должна приподниматься.



С. Непрямой массаж сердца.

Если пульс на сосудах шеи не прощупывается и зрачки пострадавшего расширены, одновременно с раздуванием легких делают непрямой массаж сердца. Пострадавшего укладывают на спину непосредственно на землю или доску, оказывающий помощь становится



на колени с любой стороны от пострадавшего и кладет ладонь на нижнюю половину грудины (2 см. выше нижнего края грудины по средней линии).



Ладонь другой руки при максимально разогнутой кисти (пальцы веером и не касаются грудной клетки) накладывают поверх первой и энергичными толчками (100 - 120 в минуту) ритмично надавливают на грудину книзу (к позвоночнику) примерно на 5 см, используя не только силу рук, но и тяжесть тела. Руки при этом должны быть прямые.

Вдувание воздуха и массаж сердца чередуют: 30 толчков - 2 вдувания. Лучше это делать вдвоем без перерыва, до появления самостоятельного дыхания и восстановления сердечной деятельности. Рекомендуется считать количество толчков вслух.

Реакция зрачков на свет, появление пульса на сонной артерии, улучшение цвета кожи, самостоятельное дыхание - все это свидетельствует об эффективной реанимации.

Остановка кровотечения

Ранения в ДТП часто сопровождаются кровотечением, которое бывает наружным и внутренним.

Наружное кровотечение подразделяется на венозное, артериальное и капиллярное.

Венозное кровотечение - кровь темная, вытекает обильно, но без пульсации. При венозном кровотечении можно наложить на саму рану тугую давящую повязку и придать кровотокающей области возвышенное положение. При любом повреждении кожи и тканей необходимо обработать края раны и наложить повязку. При этом рану не промывать, инородные тела не извлекать, кожу по краям раны протереть стерильным материалом, производя движения от раны к неповрежденной коже. Такими же действиями смазать кожу вокруг раны йодом. Закрывать рану стерильным материалом, не прикасаясь к частям материала, прилежащим к ране. Наложить повязку.

Капиллярное кровотечение бывает при повреждении мелких кровеносных сосудов, оно может быть и без нарушения целостности кожи, когда под кожей от сильного удара появляется синяк. При капиллярном кровотечении достаточно наложить повязку. Через некоторое время, обычно 3-5 минут, капиллярное кровотечение останавливается.

При подозрении на кровотечение внутренних органов (паренхиматозное), проявляющееся бледностью кожных покровов, холодным потом, нарастающей слабостью, потерей сознания, пострадавшего укладывают горизонтально с приподнятыми конечностями. На место травмы можно положить «ХОЛОД».

Артериальное кровотечение самое опасное. Кровь алая, вытекает из раны толчками или бьет пульсирующей струей. В результате пострадавший за короткий период времени может потерять много крови.

Сильное, угрожающее жизни кровотечение требует самой неотложной помощи - прижать кровеносный сосуд пальцами к подлежащей кости.

При кровотечении из ран конечностей лучше всего наложить жгут или закрутку. Жгут накладывается только при артериальном кровотечении выше раны с умеренной силой на прокладку из ткани, под жгут обязательно вкладывают записку с указанием времени его наложения, так как держать его можно не более 1 часа, а на морозе или жаре это время сокращается до 0,5 часа, после чего начинается омертвление тканей, если за это время раненого не успели доставить в больницу, то жгут снимают. Вполне возможно, что кровотечение не возобновится. Если же оно продолжается, то используют пальцевое прижатие артерии, а через 10 минут жгут накладывают снова, и к первой записке с указанием времени добавляется вторая. Для закрутки из подручных материалов можно использовать крепкий платок, пояс и т.д.

Варианты временной остановки наружного кровотечения ниже локтевого и коленного



суставов. В данном случае в сгиб вкладывается плотный валик из ткани (рубашка, футболка и т.п.), а конечность фиксируется ремнем.

Точки прижатия артерий



1. Сонная
2. Плечевая
3. Подмышечная
4. Бедренная

*На конечностях
точка прижатия артерии к кости
должна быть выше места кровотечения.
На шее – ниже раны или в ране.*

Переломы

Кроме сотрясения головного мозга и черепно-мозговой травмы, пострадавший в ДТП может получить самые различные травмы - повреждение ткани тела или какого-либо органа. Ушибы и ранения мягких тканей, переломы костей - все это различные виды травм.

На месте ушиба появляется кровоподтек (синяк), к которому следует приложить лед на 10-15 минут или холодный влажный компресс. Последующее тугое бинтование снимает отек и снижает кровоподтек.

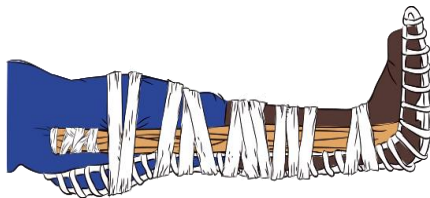
Когда человек получает серьезную травму, бывает трудно на месте сразу же определить перелом либо вывих. В любом случае оказать помощь необходимо.

Перелом - это нарушение целостности кости. Различаются закрытые переломы, когда кость сломана, но кожа не повреждена, и открытые, когда перелом сопровождается раной. Когда перелом открытый, с вывихом его спутать трудно, а вот закрытый - вполне возможно. Бывают переломы со смещением отломков кости и без смещения.

При переломе ощущается сильная боль, усиливающаяся при попытке к движению или надавливании. Может наблюдаться искривление конечности. В любом случае необходимо создать покой поврежденному суставу или конечности. Вправлять вывихи и переломы без врача нельзя.

На область сустава можно положить «холод» и дать обезболивающее средство.

При переломе, для того, чтобы обеспечить большую неподвижность поврежденной конечности, накладывается шина, но только после того, как остановлено кровотечение, обработаны края раны и сделана перевязка.



Важно! При переломе или наличии в ране инородного тела (стекла, занозы...), давящая повязка не накладывается.

Шина — приспособление для иммобилизации (обездвиживания), накладывается поверх одежды и обуви и должна обеспечить неподвижность двух смежных суставов - одного выше, другого ниже места перелома. Например, при переломе бедра одну шину накладывают на внутреннюю поверхность конечности, а вторую - снаружи от подмышечной впадины до пятки. Длинную шину привязывают к грудной клетке.



При переломе костей предплечья, шина накладывается от плечевой кости до ладони.

При переломе плеча и предплечья сначала следует наложить шину на предплечье, затем согнуть руку пострадавшего под прямым углом в локтевом суставе и наложить шину от локтя до кончиков пальцев с ладонной стороны, подложив под ладонь валик. Обе шины должны быть прибинтованы к руке. Рука подвешивается на перевязь через плечо (на косынке, ремне...) и притягивается к туловищу лентой, ремнем и т.д.

При открытых переломах нельзя прикладывать шину к местам, где выступают костные отломки.

Если же нет под рукой шины или подручного материала, то поврежденную руку можно примотать к грудной клетке рубашкой или полотенцем, а ногу - к здоровой ноге.

При переломах костей позвоночника и таза пострадавшего укладывают спиной на твердую поверхность (фанеру, широкую доску, дверь). А при подозрении на переломы костей таза, дополнительно сгибают ноги в коленях и подкладывают под колени валик из одежды (свернутая куртка и т.п.).

При болях в шейном отделе позвоночника закрепляют голову и шею, обкладывая по бокам, например, одеждой.

Важно! В жизни может случиться так, что получивший травму человек будет целиком зависеть от вашей помощи, поэтому постарайтесь запомнить, что необходимо делать при кровотечениях и переломах, как оказать помощь при сотрясении головного мозга или находящемуся без сознания. Не исключено, что когда-нибудь эти знания помогут вам в спасении чьей-то жизни.

Вопросы к экзаменационным билетам Раздела 4

Вопрос – Назовите общие правила оказания первой помощи при ДТП

Вопрос – Какие ошибки, связанные с безопасностью, может допустить водитель при оказании первой помощи пострадавшему в ДТП?

Вопрос – Какие ошибки, связанные с перемещением пострадавшего, может допустить водитель при оказании первой помощи при ДТП?

Вопрос – Какие ошибки, связанные остановкой кровотечения, может допустить водитель при оказании первой помощи пострадавшему в ДТП?

Вопрос – Какие ошибки, связанные проведением сердечно-легочной реанимацией, может допустить водитель при оказании первой помощи пострадавшему в ДТП?

Вопрос – Какие ошибки, связанные оказанием первой помощи пострадавшему в ДТП при ожогах?

Вопрос – Как избежать ошибок при оказании первой помощи пострадавшему при ДТП?

Вопрос – Порядок высвобождения (извлечение из транспортного средства) пострадавшего в ДТП, когда он в сознании

Вопрос – Если пострадавший в ДТП без сознания или есть подозрения на травму шейного отдела позвоночника как правильно произвести его высвобождение (извлечение из транспортного средства)?

Вопрос – Порядок извлечения пострадавшего в ДТП из транспортного средства с использованием подручных средств и специального оборудования



Вопрос – Порядок извлечение пострадавшего в ДТП из транспортного средства через разные проемы (дверь, окно, противоположное сиденье)

Вопрос – Назовите важные принципы, которые необходимо соблюдать при извлечении пострадавшего в ДТП

Вопрос – Перечислите последовательность действий водителя при оказании первой помощи пострадавшему при ДТП

Вопрос – Порядок действий водителя при оценки собственной безопасности при ДТП

Вопрос – Порядок проведения первичного осмотра пострадавшего при ДТП

Вопрос – Назовите в каких случая необходимо обязательно извлекать пострадавшего в ДТП из транспортного средства

Вопрос – Правила транспортировки пострадавших в ДТП до ближайшей больницы

Вопрос – Назовите основные виды и формы повреждений людей при ДТП

Вопрос – Порядок оказания помощи пострадавшему при кратковременной потери сознания (обмороке)

Вопрос – Порядок оказания помощи пострадавшему при мозговой травме

Вопрос – Порядок проведения сердечно-легочной реанимации

Вопрос – Какие виды кровотечений существуют. Порядок оказания первой помощи пострадавшему при ДТП при кровотечении

Вопрос – Порядок оказания первой помощи пострадавшему при переломе конечностей