

ПРИКАЗ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Об утверждении Инструкции оказания первой помощи
при дорожно-транспортных происшествиях

Согласован:

Министерство внутренних дел,
Государственное учреждение
«Республиканский центр скорой медицинской помощи»
Государственное учреждение
«Республиканская клиническая больница»

Зарегистрирован Министерством юстиции
Приднестровской Молдавской Республики 14 июля 2021 г.
Регистрационный № 10385

В соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 12 января 2017 года № 17-3-VI «О безопасности дорожного движения» (САЗ 17-3), Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 2 июня 2017 года № 126 «Об утверждении Правил дорожного движения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-23) с изменением и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 июля 2017 года № 181 (САЗ 17-32), от 9 ноября 2017 года № 306 (САЗ 17-46), от 13 февраля 2018 года № 44 (САЗ 18-7), от 29 июня 2018 года № 226 (САЗ 18-26), от 18 февраля 2019 года № 57 (САЗ 19-7), от 25 марта 2019 года № 100 (САЗ 19-12), от 27 мая 2019 года № 174 (САЗ 19-20), от 22 ноября 2019 года № 408 (САЗ 19-46), от 20 февраля 2020 года № 35 (САЗ 20-8), от 7 мая 2020 года № 150 (САЗ 20-19), от 19 августа 2020 года № 292 (САЗ 20-34), от 1 октября 2020 года № 340 (САЗ 20-40), от 23 декабря 2020 года № 465 (САЗ 20-52), от 28 января 2021 года № 25 (САЗ 21-4), от 29 марта 2021 года № 104 (САЗ 21-13), Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года № 60 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-15) с изменением и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 14 июня 2017 года № 148 (САЗ 17-25), от 7 декабря 2017 года № 334 (САЗ 17-50), от 17 октября 2018 года № 352 (САЗ 18-42), от 14 декабря 2018 года № 448 (САЗ 18-51), от 26 апреля 2019 года № 143 (САЗ 19-17), от 8 августа 2019 года № 291 (САЗ 19-30), от 15 ноября 2019 года № 400 (САЗ 19-44), от 29 сентября 2020 года № 330 (САЗ 20-40), от 22 октября 2020 года № 364 (САЗ 20-43), от 8 декабря 2020 года № 433 (САЗ 20-50), от 25 января 2021 года № 19 (САЗ 21-4), в целях снижения числа погибших в дорожно-транспортных происшествиях, своевременному оказанию первой само- и взаимопомощи участниками дорожных происшествий, приказываю:

1. Утвердить Инструкцию о порядке оказания первой помощи при дорожно-транспортных происшествиях согласно Приложению к настоящему Приказу.
2. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.
3. Направить настоящий Приказ на государственную регистрацию и официальное опубликование в Министерство юстиции Приднестровской Молдавской Республики.

4. Настоящий Приказ вступает в силу со дня, следующего за днем официального опубликования.

Министр

К. АЛБУЛ

г. Тирасполь
24 марта 2021 г.
№ 239

Приложение к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от 24 марта 2021 года № 239

Инструкция по оказанию первой помощи при дорожно-транспортных происшествиях

1. Общие положения

1. Настоящая Инструкция устанавливает правила оказания первой помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (далее - ДТП) на территории Приднестровской Молдавской Республики.

2. Первая помощь - это комплекс мероприятий, направленных на восстановление или сохранение жизни и здоровья пострадавшего. Первую помощь оказывает лицо, находящееся рядом с пострадавшим (взаимопомощь), или сам пострадавший (самопомощь) до прибытия медицинской помощи.

3. Целями оказания первой помощи являются устранение и предупреждение развития состояний, которые могут угрожать жизни и здоровью пострадавших и окружающих.

К таким состояниям относятся следующие:

- а) отсутствие сознания;
- б) остановка дыхания и кровообращения;
- в) наружные кровотечения;
- г) инородные тела верхних дыхательных путей;
- д) травмы различных областей тела;
- е) ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения;
- ж) отморожение и другие эффекты воздействия низких температур;
- з) отравления.

4. Основная задача первой помощи - устранить явления, угрожающие жизни пострадавшего (например, прекращение дальнейшего воздействия повреждающего фактора), предупреждение развития опасных для жизни осложнений и сохранение жизни пострадавшего.

Для того чтобы первая помощь была эффективной, в транспортном средстве должна находиться аптечка (автомобильная) с набором необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения для оказания первой помощи.

2. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи

5. Мероприятиями по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи являются:

- а) определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
- б) определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
- в) устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
- г) прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
- д) оценка количества пострадавших;

е) извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;

ж) перемещение пострадавшего.

6. Главная цель мероприятий, предусмотренных пунктом 5 настоящей Инструкции - сохранение жизни пострадавшего до прибытия медицинских работников.

7. Прежде, чем приступить к оказанию помощи пострадавшему, необходимо оценить обстановку. Оценка обстановки включает: определение вероятности взрыва (возгорания) транспортного средства, возможность дополнительного наезда других транспортных средств или перемещения поврежденного транспортного средства, в котором находится пострадавший.

8. В целях обозначения места ДТП необходимо включить аварийную световую сигнализацию и выставить знак аварийной остановки. Знак аварийной остановки устанавливается на расстоянии не менее 15 (пятнадцати) метров от транспортного средства в населенных пунктах и 30 (тридцати) метров – вне населенных пунктов.

9. При реальной опасности взрыва (возгорания) транспортного средства пострадавшего следует немедленно эвакуировать из транспортного средства (возможные последствия таких действий будут менее опасны, чем оставление пострадавшего в поврежденном транспортном средстве).

10. Перед извлечением пострадавшего из транспортного средства необходимо пострадавшего освободить от всего, что мешает его извлечению, и обратить внимание на пострадавшие части тела.

11. При подозрениях на повреждение шеи (перелом или вывих позвонков) необходимо осторожно поддерживая голову пострадавшего, наложить шейный воротник (например, из плотной материи) для обеспечения неподвижности головы и осуществить извлечение пострадавшего из транспортного средства как единое целое (рисунок 1 Приложения к настоящей Инструкции).

Следует бережно переносить пострадавшего в безопасное место только на носилках. Если носилки отсутствуют, необходимо сделать их из подручного материала.

3. Порядок вызова выездной бригады скорой медицинской помощи, других специальных служб

12. Сразу после осмотра места ДТП, оценки масштабов и степени серьезности ДТП, определения количества пострадавших необходимо срочно осуществить вызов выездной бригады скорой медицинской помощи, сообщить о случившемся в близлежащее Управление государственной автомобильной инспекции или любое ближайшее отделение внутренних дел. При блокировке пострадавшего в транспортном средстве необходимо вызвать службу спасения.

При вызове выездной бригады скорой медицинской помощи следует учитывать, что один санитарный автомобиль скорой медицинской помощи оборудован всем необходимым для перевозки одного пострадавшего.

4. Мероприятия по определению наличия сознания у пострадавшего

13. Оказание помощи пострадавшему начинается с оценки его состояния: уровень сознания, видимые угрозы для жизни, возможность самостоятельного передвижения (выхода из транспортного средства).

Для определения уровня сознания у пострадавшего последовательно спрашивают его фамилию, имя, отчество (при наличии), где он находится и какое сейчас время суток.

Определение уровня сознания пострадавшего проводится согласно таблице № 1 Приложения к настоящей Инструкции.

Пульс пострадавшего необходимо определять на шее, в месте прохождения сонной артерии, либо на височной артерии, либо на внутренней части предплечья.

Наличие дыхания у пострадавшего определяется по возвратно-поступательным движениям грудной клетки, а также по запотеванию зеркала или по колебанию ваты,

поднесенной к носу пострадавшего.

14. Признаком того, что пострадавший жив, является сужение зрачка при резком освещении глаза, например, карманным фонариком. При отсутствии фонарика аналогичной реакции можно добиться, если открытый глаз пострадавшего заслонить рукой, а затем руку быстро отвести в сторону.

15. Признаки клинической смерти: отсутствие сознания, дыхания и сердцебиения, широкий зрачок. Наличие этих признаков является показанием к проведению реанимационных мероприятий, предусмотренных в главах 5 и 6 настоящей Инструкции.

5. Мероприятия по восстановлению и поддержанию проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего

16. Наличие дыхания у пострадавшего определяется с помощью слуха, зрения и осязания, наличие кровообращения - путем проверки пульса на магистральных сосудах.

17. При нарушении дыхания у пострадавшего необходимо:

а) положить пострадавшего на спину в безопасном месте на твердую поверхность;
б) ликвидировать закупорку верхних дыхательных путей. Причиной ее могут быть западение языка, инородное тело, отек и спазм гортани, травма. Для восстановления проходимости дыхательных путей используется «тройной прием».

Техника выполнения «тройного приема» по восстановлению проходимости дыхательных путей (рисунок 2 Приложения к настоящей Инструкции):

1) запрокидывание головы – положить ладонь одной руки под шею раненого, другой рукой осуществлять давление на лоб, при этом запавший корень языка отходит от задней стенки глотки, открывая дыхательные пути;

2) выдвижение вперед нижней челюсти (так, чтобы зубы нижней челюсти располагались выше верхних);

3) раскрытие рта;

в) оценка дыхания: если слабое или отсутствует - проводится искусственное дыхание рот в рот или рот в нос при помощи устройства для проведения искусственного дыхания «рот-устройство-рот» - в соответствии с инструкцией по применению устройства производителя;

г) определение наличия кровообращения - проверить пульс на магистральных артериях.

6. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации пострадавшего до появления признаков жизни. Техника проведения реанимационных мероприятий

18. При отсутствии у пострадавшего сердцебиения и пульса пострадавшему выполняется непрямой массаж сердца. Пострадавший должен находиться в горизонтальном положении на твердой поверхности. Зона приложения силы рук лица, выполняющего непрямой массаж сердца, (далее – реанимирующий) располагается в центре грудной клетки пострадавшего (граница средней и нижней трети грудины), строго по средней линии.

19. Реанимирующий может находиться с любой стороны от пострадавшего. Для проведения массажа реанимирующий кладет одну ладонь на другую и производит давление на грудную клетку пострадавшего в зоне, расположенной на два поперечных пальца выше места прикрепления к грудной клетке мечевидного отростка. Выпрямленные в локтевых суставах руки реанимирующего располагаются так, чтобы давление производило только запястье, а пальцы не касались грудной клетки пострадавшего.

20. Компрессия грудной клетки пострадавшего производится за счет тяжести туловища реанимирующего.

21. Смещение грудины пострадавшего по направлению к позвоночнику (то есть глубина сдавливания грудной клетки) должна быть не менее 5 см, но не более 6 см. В интервалах руки реанимирующего с грудины пострадавшего не снимаются, пальцы остаются приподнятыми, руки полностью выпрямлены в локтевых суставах. Темп

непрямого массажа сердца - 100 – 120 массажных движений в минуту. По возможности следует менять реанимирующего каждые 2 (две) минуты.

7. Правила проведения искусственной вентиляции легких

22. При отсутствии у пострадавшего сердцебиений и пульса реанимирующий проводит пострадавшему сердечно-легочную реанимацию без искусственной вентиляции легких. Реанимирующий чередует непрямой массаж сердца с искусственной вентиляцией легких в соотношении 30:2. Для вентиляции легких производят 2 (два) неглубоких вдоха «рот в рот», «рот-устройство-рот» или «рот в нос». Вдохи проводятся, запрокинув голову пострадавшего, либо выполняется «тройной прием», предусмотренный подпунктом б) пункта 17 настоящей Инструкции, иначе воздух не пройдет в легкие. При правильном проведении вдохов должна приподниматься грудная клетка пострадавшего. Затем снова приступают к непрямому массажу сердца. Таким образом реанимирующий чередует непрямой массаж сердца с дыханием в соотношении 30:2 до приезда выездной бригады скорой медицинской помощи.

23. Даже в том случае, если у пострадавшего отсутствуют признаки жизни (сердцебиение, пульс, дыхание, реакция зрачков на свет), первая помощь должна оказываться вплоть до прибытия медицинских работников или доставки пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение. Отсутствие признаков жизни пострадавшего не свидетельствует о факте его окончательной смерти.

24. Если пострадавший находится без сознания, но дыхание и сердцебиение сохранены, то его необходимо перевернуть на живот и постоянно осуществлять контроль за проходимость дыхательных путей, дыханием и сердцебиением. Переворачивать пострадавшего следует как единое целое, предварительно зафиксировав шейный отдел позвоночника руками или специальным воротником. До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо находиться со стороны лица пострадавшего. Если есть необходимость, пострадавшему очищается рот пальцами, обернутыми платком или салфеткой, и контролируется дыхание и пульс. В случае нарушения указанных функций следует немедленно приступить к проведению реанимационных мероприятий.

8. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения

25. Различаются внутренние кровотечения (в брюшную и грудную полости, в забрюшинное пространство и область таза) и наружные кровотечения (при наличии внешних ран).

26. При подозрении на внутреннее кровотечение, проявляющееся бледностью кожных покровов, холодным потом, нарастающей слабостью, потерей сознания, необходимо уложить пострадавшего на спину с приподнятыми ногами, обеспечить его неподвижность и как можно реже перекладывать с места на место.

27. Признаками наружного кровотечения является истечение крови из ран на поверхности тела пострадавшего.

28. Первая помощь при ранении сосуда на месте ДТП включает:

- а) временную остановку кровотечения;
- б) наложение асептической повязки на рану;
- в) иммобилизацию конечности.

29. Своевременная и правильно выполненная временная остановка кровотечения вместе с быстрым восполнением кровопотери лежат в основе спасения жизни пострадавшего с сосудистой травмой.

30. Существуют следующие способы остановки кровотечения, которые должен уметь выполнить участник ДТП:

- а) пальцевое прижатие кровоточащего сосуда в ране или на протяжении магистральной артерии;
- б) форсированное сгибание конечности;

- в) наложение давящей повязки;
- г) наложение импровизированного жгута;
- д) наложение кровоостанавливающего жгута.

31. Остановка кровотечения начинается с пальцевого прижатия магистрального сосуда. Пальцевое прижатие кровоточащего сосуда дает возможность обдумывания и поиска другими участниками ДТП средств для выполнения временной остановки кровотечения пострадавшего. С учетом обстоятельства, что кровотечение из бедренной или сонной артерии приводит к смерти всего за 3-4 минуты, пальцевое прижатие кровоточащего сосуда позволяет спасти жизнь пострадавшему.

32. Пальцевое прижатие кровоточащего сосуда эффективно всего 12-15 минут, вследствие чего за указанный период времени следует применить иной способ остановки кровотечения, предусмотренного пунктом 30 настоящей Инструкции, позволяющий надежно остановить наружное кровотечение и транспортировать пострадавшего.

33. Техника пальцевого прижатия крупного артериального сосуда: сосуд прижимается к подлежащей кости, как правило, в местах определения пульсации (рисунки 4, 5 Приложения к настоящей Инструкции).

Для прижатия используются несколько пальцев, одним из которых определяется пульсация сосуда, а другими – сосуд прижимается к кости.

34. Способ форсированного (максимального) сгибания конечности эффективен только при ранении артерии ниже места сгиба сустава. Для выполнения указанного способа остановки кровотечения можно использовать широкий ремень или кровоостанавливающий жгут. Остановка кровотечения происходит благодаря перегибу артерии (рисунок 6 Приложения к настоящей Инструкции).

35. Наложение давящей повязки проводится при кровотечении из сосудов нижней трети предплечья, кисти, стопы. Повязка в виде марли или бинта прижимает поверхностно расположенный сосуд к подлежащим тканям. Указанный способ остановки кровотечения необходимо использовать с осторожностью (рисунок 7 Приложения к настоящей Инструкции), на рану укладывается повязка (плотная марлевая салфетка, бинт), после чего повязка прибинтовывается к конечности.

36. Импровизированный жгут накладывается только при отсутствии обычного кровоостанавливающего жгута. Для наложения импровизированного жгута следует использовать два куска плотной материи (косынки из хлопка и прочего). Одна из косынок завязывается узлом вокруг и выше места ранения. Далее под узел подставляется крепкая палка и косынка закручивается, как водопроводный кран, до остановки наружного кровотечения. Для завершения наложения импровизированного жгута конец палки фиксируется другой косынкой, чтобы косынка, сжимающая конечность, не ослабла (рисунок 8 Приложения к настоящей Инструкции).

37. Кровоостанавливающий жгут используется только в крайнем случае – при отрыве конечности и (или) сильном артериальном кровотечении.

38. Правила наложения жгута на конечности:

а) жгут накладывается как можно ближе к месту ранения сосуда (на 10-12 см выше ранения);

б) жгут накладывается на одежду или мягкую прокладку;

в) витки жгута должны прилегать один к другому, с захватом предыдущего на 1/3;

г) первый тур жгута – направляющий, второй – натягивающий, на третьем туре при увеличивающемся натяжении наружное кровотечение из раны должно прекратиться. Если на третьем туре жгута кровотечение не остановилось, необходимо слегка увеличить натяжение жгута, и убедиться в том, что наружное кровотечение остановилось. Жгут натягивается только до остановки наружного кровотечения или прекращения пульсации сосуда на периферии (при закрытых повреждениях сосудов). Продолжение натяжения жгута на последующих турах опасно непоправимым повреждением сосудов, нервов и развитием гангрены раненой конечности. При наличии длинного жгута последующие туры его (четвертый, пятый и так далее) накладываются с тем же натяжением, что и на третьем туре. Жгут должен быть обязательно застегнут на 2-3 кнопки, а при их отсутствии – завязан двойным или тройным узлом.

39. После наложения жгута должна быть обеспечена его видимость. Если невозможно обеспечить видимость жгута, то на лбу пострадавшего ручкой пишется слово «ЖГУТ». Это поможет медицинскому работнику обратить внимание и быстро оказать соответствующую помощь. К жгуту необходимо прикрепить сопроводительную записку с указанием времени его наложения, либо на лбу пострадавшего написать время наложения жгута.

40. Жгут накладывается максимум на 1 (один) час, а в зимнее время на 30 (тридцать) минут. В случае, если пострадавшего не успели госпитализировать к моменту истечения времени, на которое накладывался жгут, следует через каждые 30 (тридцать) минут жгут ослаблять и перекидывать. Перекидывать жгут можно только с помощником, который перед снятием (ослаблением) жгута выполняет пальцевое прижатие артерии выше места ранения, а сам человек, оказывающий помощь, перекидывает жгут. Это делается для предупреждения дополнительной потери крови, которая может стать смертельной для пострадавшего. Если после ослабления жгута кровотечение из раны возобновляется, жгут вновь сразу затягивается. После каждого роспуска жгута необходимо указывать в записке новое время его наложения. При отрыве (травматической ампутации) конечности жгут не перекидывается.

41. После наложения жгута на рану накладывается асептическая повязка из салфеток и бинтов (рисунок 9 Приложения к настоящей Инструкции). После наложения жгута проводится транспортная иммобилизация конечности пострадавшего подручными или специальными средствами. После наложения жгута должна быть обеспечена скорейшая транспортировка пострадавшего в больницу (к хирургу). Все пострадавшие с повреждениями кровеносных сосудов и временно остановленным кровотечением подлежат срочной эвакуации.

Жгут нельзя заменять подтяжками, шнурами, веревками и другими узкими неэластичными материалами.

9. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления других признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи в случае выявления указанных состояний

42. При носовом кровотечении пострадавшего возникает опасность в нарушении дыхания пострадавшего из-за проникновения крови в дыхательные пути. Чтобы этого не произошло, голова пострадавшего наклоняется вперед, а на нос в область переносицы прикладывается холод.

43. При проникающих ранениях грудной клетки воздух попадает в плевральную полость через рану (проникающие ранения грудной клетки - пневмоторакс), легкое спадается, насыщение крови кислородом резко снижается, что приводит к дыхательной недостаточности и гибели пострадавшего. Пневмоторакс сопровождается характерным шумом и свистом при входе и выходе воздуха из раны.

Первая помощь при пневмотораксе:

а) немедленно наложить герметичную повязку: одежда вокруг раны раздвигается, рассекается по шву и на саму рану накладывается стерильная марлевая салфетка или 6-8 слойная повязка из стерильного бинта. Поверх этой повязки накладывается кусок клеенки или полиэтиленовой пленки (например, от обычного продуктового пакета) (рисунок 10 Приложения к настоящей Инструкции).

Исключительно важно, чтобы края этой пленки перекрывали края повязки со всех сторон и выходили за края раны. Края пленки прикрепляются герметично к коже лейкопластырем (скотчем), чтобы воздух не проходил под пленкой в плевральную полость;

б) придать пострадавшему полусидящее положение;

в) срочно транспортировать пострадавшего в полусидящем положении в лечебное учреждение.

44. Травматический шок, возникающий у пострадавших после ДТП очень опасен. Признаки травматического шока: пострадавший бледен, заторможен (на вопросы,

указанные в части второй пункта 13 настоящей Инструкции, отвечает вяло, неправильно), иногда – без сознания.

Травматический шок часто возникает у пострадавших с открытыми и закрытыми переломами костей конечностей.

45. Признаки закрытого перелома: сильная боль, резкое усиление боли при движении или попытке опереться на поврежденную конечность, деформацию и отечность в месте повреждения, неестественная (патологическая) подвижность на протяжении конечности. Открытые переломы сопровождаются возникновением раны в области перелома. Иногда из раны торчат костные отломки (рисунок 11 Приложения к настоящей Инструкции).

46. Для борьбы с травматическим шоком применяется транспортная иммобилизация (лестничной шиной или подручными средствами).

47. Транспортировка пострадавшего без шины ведет к усугублению кровотечения и травматического шока, и может привести к смерти. Такая транспортировка выполняется с особой осторожностью только при непосредственной угрозе взрыва или пожара, на небольшие расстояния (вынос из очага поражения).

48. Порядок выполнения иммобилизации конечности:

а) вначале на рану (при открытом переломе) накладывается асептическая повязка. В случае, если из раны торчат костные обломки, вправлять их запрещено;

б) шины накладываются непосредственно на одежду и обувь;

в) иммобилизация выполняется с обездвиживанием 2 (двух) соседних суставов, расположенных выше и ниже места перелома. При переломе плеча или бедра необходимо фиксировать три сустава – плечевой, локтевой, лучезапястный или тазобедренный, коленный, голеностопный соответственно);

г) придание удобного положения конечности для максимально возможного расслабления мышц;

д) обязательное индивидуальное моделирование шины для каждого пострадавшего;

е) защита костных выступов ватно-марлевыми прокладками;

ж) обеспечение возможности наблюдения за повязкой и жгутом;

з) утепление иммобилизированной конечности в холодное время года.

10. Мероприятия по иммобилизации при переломах костей верхних, нижних конечностей, позвоночника

49. При переломе ключицы следует подвесить руку пострадавшего на косынке и прибинтовать ее к туловищу. Если есть подозрение на перелом сразу двух ключиц, то для оказания помощи необходимо расправить грудную клетку и сблизить сзади лопатки (рисунок 12 Приложения к настоящей Инструкции).

Этого можно достигнуть разными способами: с помощью колец или связав руки в локтях за спиной. В подмышечные впадины следует вложить валики из одежды.

50. При переломе костей плеча используется специальная металлическая лестничная шина (Крамера), а при ее отсутствии необходимо:

а) положить в подмышечную впадину легкую тканевую прокладку;

б) осторожно разместить сломанную руку вдоль туловища, предплечье - под прямым углом в локтевом суставе, наложить две шины с внутренней и наружной стороны плеча;

в) зафиксировать руку в согнутом состоянии косыночной повязкой (рисунок 13 Приложения к настоящей Инструкции).

51. При переломе бедренной кости необходимо наложить специальную шину, поэтому оптимальным вариантом будет обеспечение неподвижного положения пострадавшего до прибытия выездной бригады скорой помощи. В случае, если возникает длительная задержка оказания помощи, необходимо провести транспортную иммобилизацию 3 (тремя) транспортными шинами. Одна из шин укладывается с внешней стороны от конца стопы до подмышечной ямки, вторая - с внутренней стороны от конца стопы до паха, третья - сзади: от поясничной области до стопы (рисунок 14 Приложения к настоящей Инструкции).

52. Если в случае перелома бедра нет иммобилизационных средств, больную ногу фиксируют к здоровой. Фиксирующая повязка не должна смещать отломки кости и причинять дополнительную боль пострадавшему. Фиксирующую повязку необходимо накладывать на здоровую часть ноги. Транспортировка пострадавшего осуществляется только на носилках.

53. При переломе костей голени требуются три обернутые ватой и бинтом лестничные шины или две лестничных и одна фанерная шина. Иммобилизация начинается с моделирования лестничных шин по здоровой конечности. Одна из лестничных шин накладывается на заднюю поверхность конечности, изгибается под углом 90 градусов на длину стопы, образуя изгиб для коленного сустава.

Верхний конец шины должен начинаться от верхней трети бедра. Вторая шина, накладываемая на наружную поверхность конечности, изгибается в виде буквы Г и накладывается на первую, образуя «замок». Третья шина накладывается с внутренней стороны конечности от средней трети бедра до стопы. Все три шины укрепляются бинтом. После иммобилизации стопа сломанной конечности пострадавшего должна быть под углом 90 градусов, а голень – слегка согнута в коленном суставе под углом 170 градусов (рисунок 15 Приложения к настоящей Инструкции).

При отсутствии лестничных шин накладываются две длинные шины с внешней и внутренней стороны ноги от конца стопы до середины бедра (рисунок 16 Приложения к настоящей Инструкции). При наложении шин необходимо зафиксировать два сустава, расположенные выше и ниже места перелома. При наложении шин на голень и бедро стопа должна быть зафиксирована под углом 90 градусов к голени.

54. При повреждениях (переломах) позвоночника оптимальным вариантом иммобилизации будет укладывание пострадавшего на твердую ровную поверхность (дверь, твердые носилки) на спину. Под колени и под шею (если нет подозрения на ее повреждение) можно подложить валики из одежды. Пострадавшего надо как можно реже перекладывать с носилок на носилки. Поэтому на этих же носилках пострадавшего и транспортируют (рисунок 17 Приложения к настоящей Инструкции).

При отсутствии твердых носилок пострадавшего крайне осторожно (как единое целое) переворачивают на живот на мягкие носилки (сделанные, например, из двух жердей и одеяла, плащ-палатки), и в данном положении эвакуируют.

55. При переломе костей таза пострадавшего укладывают на твердую поверхность, под согнутые в коленях ноги подкладывают валик. Создается положение «лягушки», можно немного развести ноги. В этом положении пострадавшего транспортируют в лечебное учреждение (рисунок 18 Приложения к настоящей Инструкции).

11. Мероприятия по оказанию первой помощи при травматической ампутации (отчленении конечности или ее части)

56. При травматической ампутации (отчленении конечности или ее части) помощь пострадавшему должна быть оказана срочно в следующем порядке:

- а) на конечность накладывается жгут;
- б) рана закрывается асептической повязкой и забинтовывается;
- в) поверх повязки накладывается транспортная лестничная шина.

57. Ампутированную конечность следует поместить в полиэтиленовый пакет, завязать его герметично так, чтобы в него не попала вода. Затем пакет с ампутированной конечностью следует положить во второй пакет и охладить, положив во второй пакет куски льда или снега. Упаковку с ампутированной конечностью следует отправить вместе с пострадавшим.

58. При прибытии на место ДТП выездной бригады скорой помощи следует обязательно сообщить медицинским работникам о том, что у пострадавшего ампутирована конечность. В течение шести часов с момента ампутации есть шансы на успешное проведение операции по восстановлению утраченной конечности.

12. Мероприятия по оказанию первой помощи при различного рода ранениях

59. Борьба с инфекцией включает обработку вокруг раны и наложение асептической повязки. Рану запрещается промывать водой и обрабатывать. При наличии инородного предмета в ране его извлекать нельзя. В случае, если инородный предмет торчит из раны, инородный предмет следует осторожно зафиксировать и вокруг него наложить повязку. Рану следует полностью накрыть марлевой медицинской стерильной салфеткой, зафиксировать салфетку лейкопластырем или бинтом.

60. При травмах, связанных с ранениями головы, у пострадавшего может быть поврежден головной мозг. На рану головы накладывается салфетка марлевая медицинская стерильная, далее - пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный, и все это фиксируется одной из специальных повязок. После наложения асептической повязки пострадавшего следует уложить на спину, повернув голову на сторону без ран.

61. Если пострадавший находится без сознания, то его укладывают на бок и транспортируют в этом же положении (рисунок 19 Приложения к настоящей Инструкции). В случае, если рана головы пострадавшего кровоточит, не следует придавливать рану, так как при наличии осколков черепа (например, результат удара), их можно вдавить в мозг.

62. Различают закрытые и открытые повреждения органов живота (рана на животе). Признаками раны на животе являются острая боль в животе, слабость, тошнота, рвота.

При ранениях живота первая помощь направлена на уменьшение риска возможного внутреннего кровотечения путем создания покоя и неподвижного положения пострадавшего. Положение туловища пострадавшего при закрытых травмах брюшной полости - лежа на боку с согнутыми в коленях ногами. На живот пострадавшего можно положить холод (собранный в полиэтиленовый пакет снег или лед) на 20 минут.

63. При ранениях живота на саму рану накладывается асептическая повязка (стерильная салфетка или бинт). Если из раны на животе выпали внутренние органы, их осторожно закрывают стерильной марлевой салфеткой. Вокруг этого места укладывается «бублик», сделанный из толстого слоя бинтов, при этом сами выпавшие органы трогать не рекомендуется. Затем салфетка и «бублик» прибинтовываются к туловищу пострадавшего.

64. Положение туловища пострадавшего при транспортировке - лежа на спине, под согнутые в коленях ноги подложите валик. Пострадавшему с проникающим ранением живота нельзя давать пить, пытаться вправить ему выпавшие органы в брюшную полость.

13. Мероприятия по переносу пострадавшего с места ДТП

65. Перенос пострадавшего с места ДТП должен осуществляться только в крайнем случае при угрозе возникновения пожара, взрыва и других чрезвычайных обстоятельствах.

66. При легких повреждениях и относительно удовлетворительном самочувствии и общем состоянии пострадавший может самостоятельно или с чьей-либо помощью пройти небольшое расстояние. При этом можно использовать в качестве костыля палку длиной от подмышечной впадины до земли, обмотав верхний ее конец тканью (рубашка и тому подобное) или надев на конец палки обувь.

67. Необходимо соблюдать осторожность при перекладывании пострадавшего на носилки:

а) руки оказывающих помощь должны быть подведены под голову, лопатки, поясницу, таз, бедра и колени пострадавшего;

б) по команде оказывающие помощь одновременно приподнимают и укладывают пострадавшего на носилки.

68. Способы переноски пострадавшего зависят от состояния пострадавшего, характера повреждения, наличия или отсутствия тех или иных носилок, числа носильщиков и тому подобное (рисунок 20 Приложения к настоящей Инструкции).

Переносить пострадавшего желательно на стандартных носилках, при их отсутствии можно использовать импровизированные. Последние изготавливаются из подручных

материалов: шестов, палок, мешков, одеял, плащ-палаток, веревок, лестниц и тому подобное.

69. Пострадавшего укладывают на носилки на спину, голову слегка приподнимают. Поврежденным конечностям придают приподнятое положение.

При повреждениях груди с расстройством дыхания пострадавшего переносят в полусидящем положении.

При повреждениях позвоночника пострадавшего кладут на живот, носилки при этом должны быть с жестким ложем (деревянным щитом, листом фанеры, широкой доской и тому подобное).

70. Если пострадавший перенес кровопотерю, голову укладывают пониже, а нижние конечности приподнимают.

71. На ровной местности пострадавшего несут ногами вперед короткими мелкими шагами. Передний носильщик указывает второму на встречающиеся препятствия, а второй следит за состоянием пострадавшего и при необходимости информирует о прекращении переноски пострадавшего.

При отсутствии носилок и относительно удовлетворительном состоянии пострадавшего можно переносить на стуле или на палке. Можно переносить пострадавшего при помощи ремней-лямок.

72. При возникновении необходимости переноски пострадавшего без специальных средств:

а) двое носильщиков могут переносить пострадавшего по способу «друг за другом» или на простом «замке из двух или трех рук»;

б) одному носильщику переносить пострадавшего на руках, на спине.

73. При всех способах ручной переноски пострадавшего, перенесшего кровопотерю или находившегося в обморочном или бессознательном состоянии, необходимо переносить в горизонтальном положении или с опущенной головой.

14. Мероприятия по оказанию первой помощи при ДТП с участием мотоциклиста

74. Если пострадавший при ДТП мотоциклист может нормально дышать, шлем с головы пострадавшего мотоциклиста не снимается. Шлем снимается если заблокированы дыхательные пути и нет другой возможности их очистить, или необходимо срочно проводить искусственное дыхание пострадавшему мотоциклисту. В противном случае шлем на голове пострадавшего мотоциклиста не снимается до прибытия выездной бригады скорой помощи.

75. Для проведения процедуры снятия шлема необходимо присутствие двух человек. Пострадавшему мотоциклисту необходимо снять очки (при наличии) и расстегнуть ремешок на подбородке.

Один человек находится сбоку от головы пострадавшего, а другой - непосредственно позади головы пострадавшего и в его задачу входит фиксация головы от движений (рисунок 21 Приложения к настоящей Инструкции).

76. Сидящий сбоку от головы пострадавшего человек просовывает одну руку под шлем и фиксирует ее на затылочной части головы пострадавшего, у основания головы. Другую руку он фиксирует под шлемом на подбородке (челюстной кости) пострадавшего. Алгоритм действий изложен на фото по часовой стрелке (рисунок 21 Приложения к настоящей Инструкции).

Когда голова зафиксирована, другой человек, сидящий позади головы пострадавшего, начинает медленно стягивать шлем назад с головы.

При снятии шлема-интеграла необходимо следить за тем, чтобы нос, уши, серьги, подбородок не зацепились за подбородочную часть шлема.

Сразу после снятия шлема нужно подложить под голову пострадавшего куртку или что-либо мягкое.

Удерживая голову пострадавшего, необходимо мягко положить голову на подстилку, не давая голове поменять положение.

По окончании процедуры человек, находящийся позади пострадавшего, остается дежурить рядом с ним, обеспечивая иммобилизацию шейного отдела.

Приложение к Инструкции по оказанию первой помощи при дорожно-транспортных происшествиях



Рисунок 1. Фиксация шеи и головы при повреждениях шейного отдела позвоночника при переносе пострадавшего

Таблица № 1

Уровень сознания	Основные признаки	Основные действия
В сознании	На вопросы отвечает внятно, ответы на вопросы, указанные в части второй пункта 13 Инструкции соответствуют действительности	Если человек в сознании – действия определяются полученными пострадавшим травмами
Нарушенное сознание	На вопросы, указанные в части второй пункта 13 Инструкции отвечает не полностью, непонятно, может ответить неправильно	Если пострадавший с нарушенным сознанием, то рассчитывать на его помощь при извлечении из машины и проведении мероприятий первой помощи не приходится.
Без сознания	Не отвечает на вопросы, указанные в части второй пункта 13 Инструкции	Если пострадавший без сознания, надо определить, есть ли у него самостоятельное дыхание и сердцебиение (живой ли он): проверить реакцию зрачка на свет, наличие дыхания и сердцебиения.

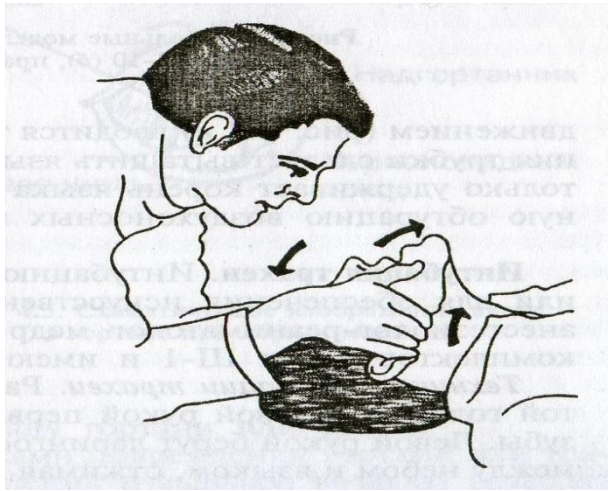


Рисунок 2. Техника выполнения «тройного приема»



Рисунок 3. Положение пострадавшего и оказывающего помощь при непрямом массаже сердца

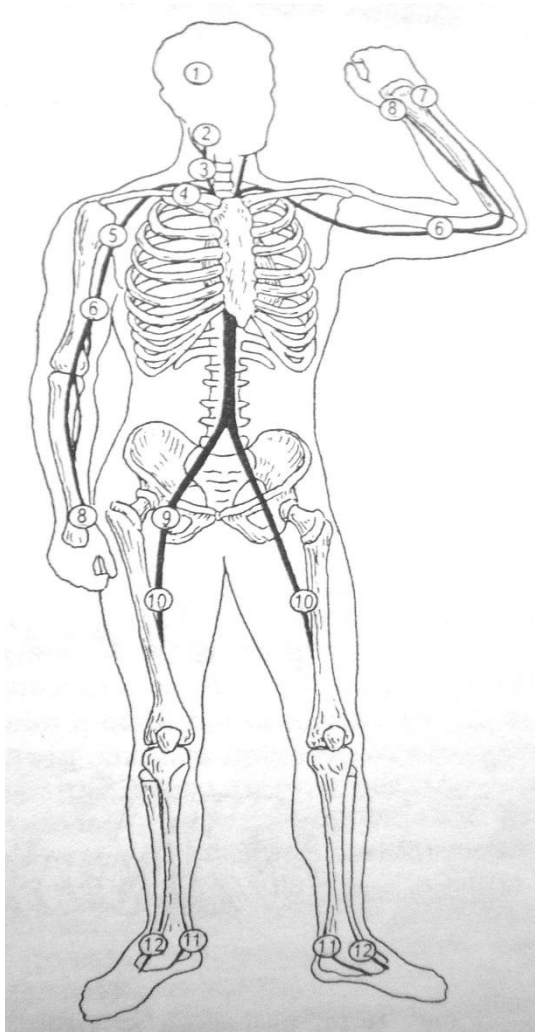


Рисунок 4. Типичные точки прижатия (к подлежащей кости) магистральных артерий при наружном кровотечении

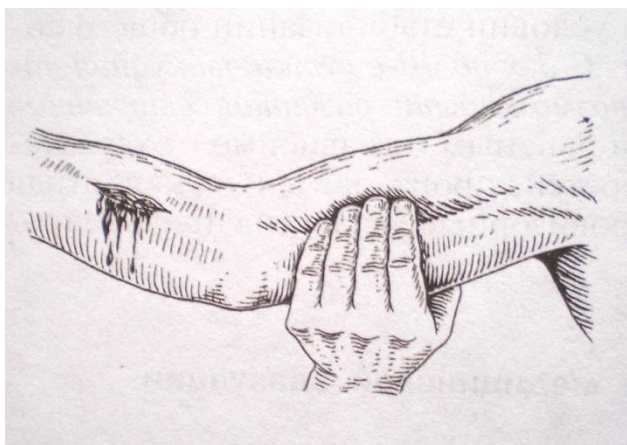


Рисунок 5. Техника пальцевого прижатия плечевой артерии к кости

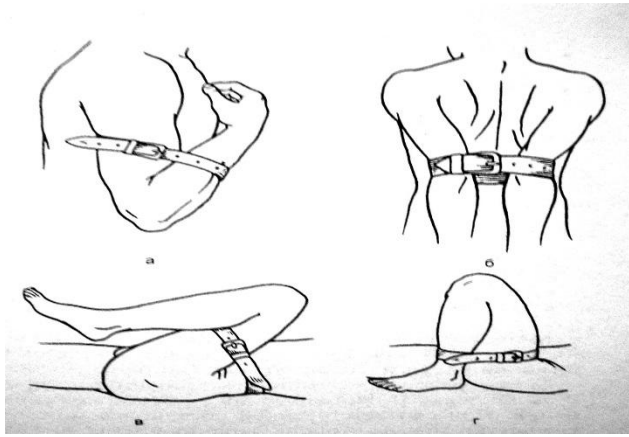


Рисунок 6. а - при ранении артерий предплечья; б - при ранении подключичной и подмышечной артерии, в – при ранении бедренной артерии в верхней трети, г - при ранении артерий голени

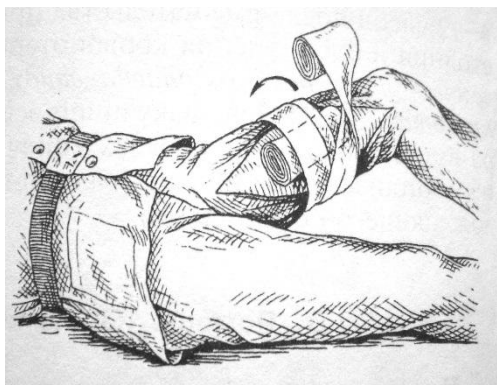


Рисунок 7. Наложение давящей повязки при ранении подкожной вены бедра

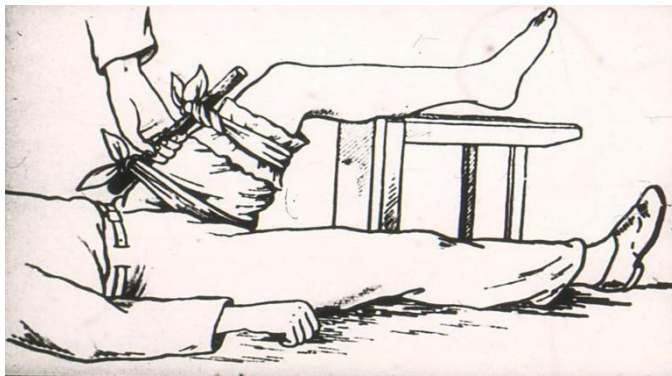


Рисунок 8. Наложение импровизированного жгута

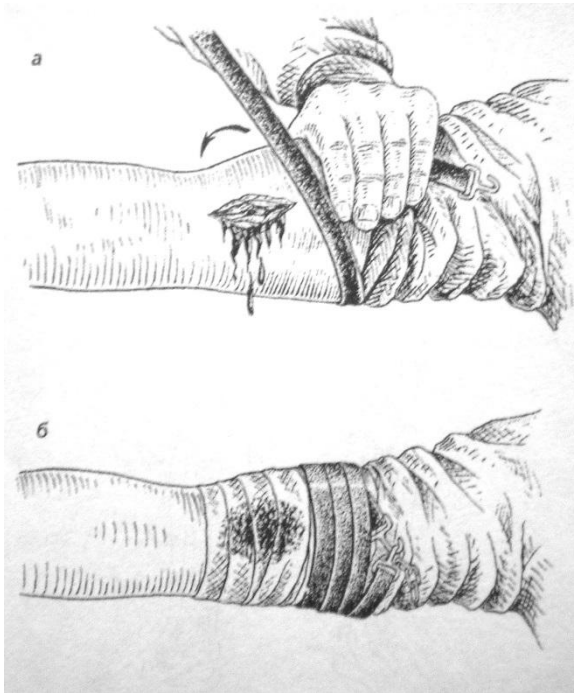


Рисунок 9. Временная остановка наружного кровотечения из плечевой артерии с помощью жгута

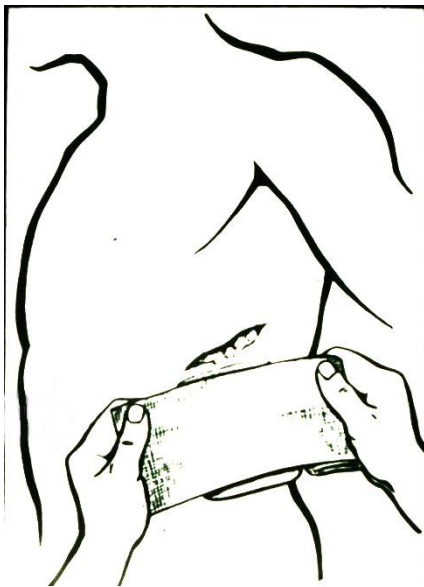


Рисунок 10. Наложение герметичной повязки при ранениях грудной клетки

Рисунок 14. Иммобилизация подручными средствами при переломах бедренной кости

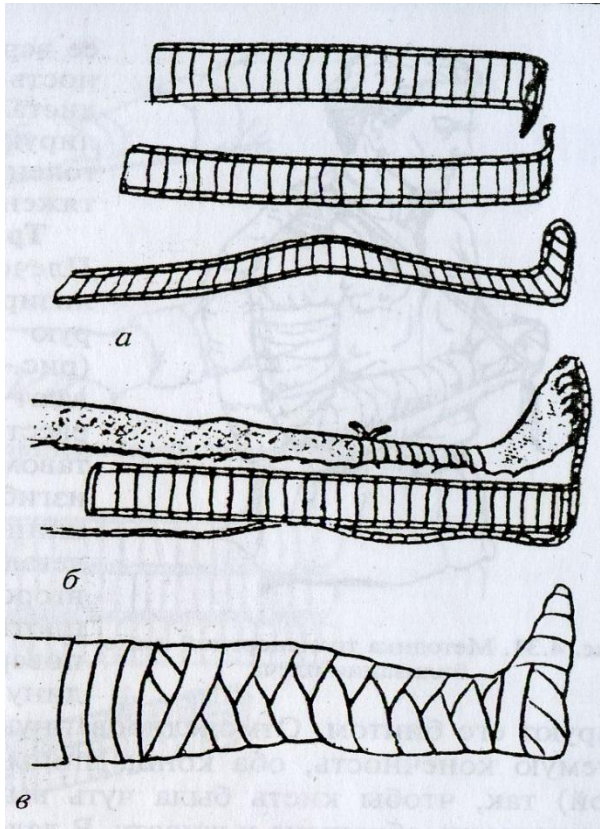


Рисунок 15. Транспортная иммобилизация голени тремя лестничными шинами:
а – моделирование лестничных шин;
б - установка лестничных на поврежденной конечности;
в – фиксация шин к конечности бинтами

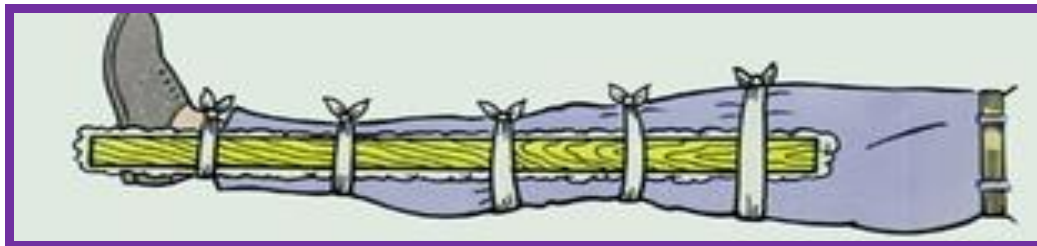


Рисунок 16. Транспортная иммобилизация нижней конечности при повреждении голени подручными средствами (двумя досками)

Транспортировка пострадавшего при переломе позвоночника



Рисунок 17. Иммобилизация и транспортировка пострадавшего с повреждением позвоночника.

Транспортировка пострадавшего при переломе костей таза



Рисунок 18. Положение пострадавшего при повреждениях таза

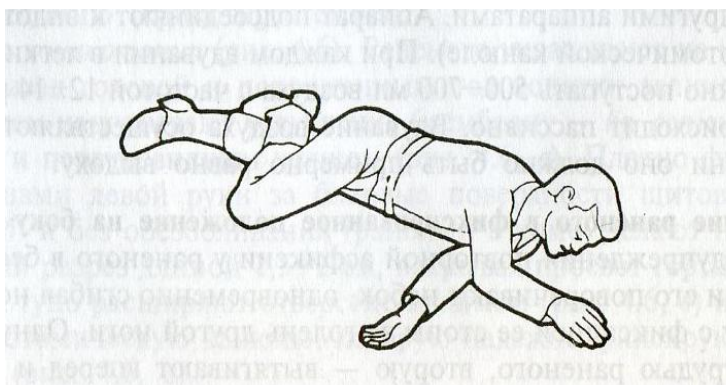


Рисунок 19. Фиксированное положение на боку раненого в коме

Способы переноски пострадавших:

а - на носилках;

б - с помощью подручных средств;

в - на себе.

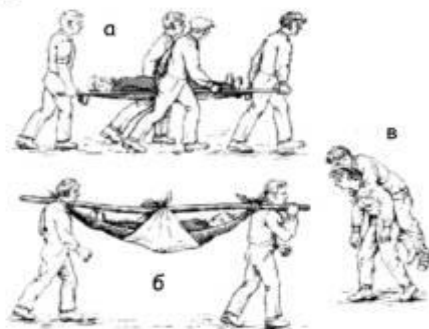


Рисунок 20. Способы переноса пострадавших





Рисунок 21. Алгоритм действий по снятию шлема с пострадавшего