

# **Методические рекомендации по оказанию первой помощи при различных видах травм**

**Авторы разработки:**

*Демина Ирина Анатольевна,*  
кандидат медицинских наук,

преподаватель высшей категории

*Юрченкова Марина Геннадьевна,*  
преподаватель первой категории

*Маликова Елена Георгиевна,*  
преподаватель высшей категории

## **Организация первой помощи на месте происшествия**

(Права, обязанности и ответственность при оказании первой помощи)

В настоящее время основными нормативно-правовыми актами, описывающими права, обязанности и ответственность при оказании первой помощи, являются следующие:

**1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.**, который определяет первую помощь как особый вид помощи, оказываемой очевидцами несчастного случая, при травмах и неотложных состояниях до прибытия медицинского персонала. Также участниками оказания первой помощи являются лица, обязанные ее оказывать по закону или по специальному правилу и прошедшие обучение по первой помощи - сотрудники МВД, МЧС, водители автотранспорта и т.д. Право же на оказание первой помощи имеют все граждане Российской Федерации.

**2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 мая 2012 г. N 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».**

Согласно этому документу, первая помощь оказывается в следующих случаях:

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

При этом основными ее мероприятиями являются следующие:

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

- 1) определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
- 2) определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;



- 3) устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
- 4) прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
- 5) оценка количества пострадавших;
- 6) извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;
- 7) перемещение пострадавшего.
2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.
3. Определение наличия сознания у пострадавшего.
4. Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:
  - 1) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
  - 2) выдвижение нижней челюсти;
  - 3) определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
  - 4) определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях
5. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:
  - 1) давление руками на грудину пострадавшего;
  - 2) искусственное дыхание "Рот ко рту";
  - 3) искусственное дыхание "Рот к носу";
  - 4) искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания.
6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:
  - 1) придание устойчивого бокового положения;
  - 2) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
  - 3) выдвижение нижней челюсти.
7. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:
  - 1) обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
  - 2) пальцевое прижатие артерии;



- 3) наложение жгута;
  - 4) максимальное сгибание конечности в суставе;
  - 5) прямое давление на рану;
  - 6) наложение давящей повязки.
8. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи в случае выявления указанных состояний:
- 1) проведение осмотра головы;
  - 2) проведение осмотра шеи;
  - 3) проведение осмотра груди;
  - 4) проведение осмотра спины;
  - 5) проведение осмотра живота и таза;
  - 6) проведение осмотра конечностей;
  - 7) наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;
  - 8) проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, автоиммобилизация, с использованием изделий медицинского назначения);
  - 9) фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения);
  - 10) прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);
  - 11) местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;
  - 12) термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.
9. Придание пострадавшему оптимального положения тела.
10. Контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки.
11. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в



соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

**3. Кодекс РФ об административных правонарушениях и Уголовный кодекс РФ.** Согласно УК РФ, если виновник (например, водитель, совершивший ДТП) заведомо оставил пострадавшего, находящегося в беспомощном состоянии, он может быть привлечен к уголовной ответственности согласно статье 125 «Оставление в опасности» Уголовного кодекса РФ. Данная норма применима, если человек покинул место происшествия, осознавая опасность состояния пострадавшего для жизни и здоровья и невозможность получения им помощи, например, в безлюдной местности, либо в явно неблагоприятных условиях (на морозе).

В случае невыполнения обязанностей по оказанию первой помощи, виновнику может грозить привлечение к административной ответственности и наказание в виде административного штрафа (ч. 1 ст. 12.27 Кодекса РФ об административных правонарушениях).

Оказание первой помощи пострадавшему учитывается как обстоятельство, смягчающее наказание (п. 2 ч. 1 ст. 4.2 Кодекса РФ об административных правонарушениях; п. «к» ч. 1 ст. 61 Уголовного Кодекса РФ). Так, например, за причинение в результате дорожно-транспортного происшествия легкого или средней тяжести вреда здоровью ст. 12.24 Кодекса РФ об административных правонарушениях предусмотрено альтернативное наказание. На усмотрение суда причинителю вреда может быть назначено наказание в виде штрафа или лишения права управления транспортным средством (ст. 12.24. Кодекса РФ об административных правонарушениях). Факт оказания первой помощи пострадавшему, безусловно, будет способствовать назначению более мягкого наказания, то есть штрафа. В случае причинения тяжкого вреда здоровью для причинителя вреда наступает уголовная ответственность, при которой предусмотрено более жесткое наказание (вплоть до лишения свободы). И в этом случае принятие виновником происшествия мер по оказанию первой помощи может играть важную роль для смягчения наказания.

Важное значение имеет и вопрос юридических последствий неправильного оказания первой помощи и неумышленного нанесения вреда в ходе оказания первой помощи.

Актуальность данного вопроса обусловлена тем, что большинство людей не



является профессиональным медицинским работником и не имеет постоянной практики по оказанию первой помощи, поэтому из-за боязни сделать ошибку и причинить вред пострадавшему могут уклоняться от оказания первой помощи. В связи с этим следует понимать, что жизнь человека провозглашается высшей ценностью, и сама попытка защитить эту ценность ставится выше возможной ошибки в ходе оказания первой помощи, так как дает человеку шанс на выживание. Уголовное и административное законодательство не признают правонарушением причинение вреда охраняемым законом интересам в состоянии крайней необходимости, то есть для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности или правам данного лица, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами (ст. 39 «Крайняя необходимость» Уголовного кодекса РФ; ст. 2.7 «Крайняя необходимость» Кодекса РФ об административных правонарушениях). В настоящее время в Российской Федерации отсутствуют судебные прецеденты привлечения к юридической ответственности за неумышленное причинение вреда в ходе оказания первой помощи.

## **Оказание первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения**

### **Общая последовательность действий на месте происшествия**

1. Определить наличие угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья.
2. Оценить наличие сознания у пострадавшего.
3. Определить наличие дыхания.
4. Привлекая помощников (или самостоятельно), осуществить вызов скорой медицинской помощи по номеру 03 (со стационарного телефона) или 112 (с мобильного).
5. Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи (если вызывает помощник) или после вызова (если вызов осуществляется самостоятельно) начать проведение сердечно-легочной реанимации (30 надавливаний на грудную клетку чередуются с 2 вдохами).
6. Если у пострадавшего появились признаки жизни, и он дышит самостоятельно, следует поддерживать проходимость дыхательных путей (придание устойчивого бокового положения).
7. Провести обзорный осмотр пострадавшего на наличие признаков сильного артериального или смешанного кровотечения. В случае кровотечения - осуществить остановку доступными способами.
8. При отсутствии явных признаков кровотечения выслушать жалобы пострадавшего, а также осуществить его подробный осмотр.
9. Придать пострадавшему оптимальное положение тела в зависимости от его состояния и характера имеющихся травм.
10. До приезда скорой медицинской помощи контролировать состояние пострадавшего, оказывать ему психологическую поддержку.



## Выполнение отдельных мероприятий первой помощи

1

Для обеспечения безопасных условий для оказания первой помощи чаще всего применяется экстренное извлечение пострадавшего из автомобиля или труднодоступного места и удаление его из опасной зоны.

### Извлечение пострадавшего находящегося в сознании:

руки проводятся под мышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу (захват Раутека).

### Извлечение пострадавшего, находящегося без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника:

одна из рук фиксирует за нижнюю челюсть голову пострадавшего, а вторая держит его противоположное предплечье.

2

### Определение состояния сознания:

Встряхнуть за плечи, спросить пострадавшего: «Что случилось? Нужна ли Вам помощь?»

3

### Вызов помощи окружающих (адресное обращение).

4

Проверить наличие дыхания приемом «вижу – слышу – ощущаю», запрокидывая голову.

### ПРИЕМ «ВИЖУ - СЛЫШУ - ОЩУЩАЮ»

- Встаньте с правой стороны от пострадавшего.
- Положите ладонь своей руки пострадавшему на лоб.
- Двумя пальцами другой руки подхватите пострадавшего за подбородок.
- Запрокиньте голову, открывая рот пострадавшего.
- Наклоните свою голову так, чтобы левое ухо было над ртом пострадавшего, а взгляд устремлен на грудную клетку.
- **Вижу:** проверить наличие дыхательных движений грудной клетки



живота.

- **Слышу:** ухом послушать дыхание у рта.
- **Ощущаю:** ощутите дыхание кожными покровами

Если у пострадавшего без сознания после обеспечения проходимости дыхательных путей восстанавливается дыхание и есть признаки кровообращения, ему необходимо придать восстановительное положение (повернуть пострадавшего на бок и положить голову таким образом, чтобы любая жидкость могла свободно вытекать изо рта).

Для придания устойчивого бокового положения пострадавшему необходимо выполнить следующие шаги (поворот на себя):

1. Расположить ближнюю руку пострадавшего под углом 70-80° к его телу.
2. Дальнюю руку пострадавшего завести за шею
3. Согнуть дальнюю ногу пострадавшего в колене, поставить ее с опорой на стопу.
4. Повернуть пострадавшего набок, надавливая на колено согнутой ноги и локоть, заведенной за шею руки. После поворота пострадавшего набок слегка запрокинуть его голову и подтянуть ногу к животу.

## 5

При отсутствии дыхания помощник **вызывает скорую медицинскую помощь**, сообщая следующие данные:

- что произошло,

- кому нужна помощь (возраст, пол, состояние)

- адрес,

- кто Вы (ФИО, сосед преподаватель, родственник)

- телефон.

## 6

Одновременно с вызовом бригады скорой медицинской помощи необходимо приступить к **сердечно-легочной реанимации (СЛР)**.

**Непрямой массаж сердца:**

Надавливание производится на средней трети грудной клетки на глубину 5 см (у детей на 1/3 поперечника грудной клетки) с частотой не менее 100 нажатий в минуту.



1. Основание ладони помещается на середину грудной клетки пострадавшего, кисти рук берутся в замок, руки выпрямляются в локтевых суставах, и располагаются перпендикулярно к плоскости грудной клетки

2. 30 надавливаний на грудину чередуются с 2 вдохами искусственного дыхания.

### **Искусственное дыхание:**

- открыть дыхательные пути пострадавшего (запрокинуть голову);
- зажать нос пострадавшего двумя пальцами;
- выполнить вдох в дыхательные пути в течение 1 секунды;
- выполнить второй вдох.

При этом рекомендуется использовать устройство для проведения искусственного дыхания из аптечки.

надавливаний на грудину с 2-мя вдохами искусственного дыхания, до прибытия скорой медицинской помощи или других спасательных служб, либо до появления явных признаков жизнедеятельности у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания и кровообращения, возникновения кашля, произвольных движений и т.п.).

### **Особенности проведения СЛР у детей**

При проведении искусственного дыхания у детей:

- спасатель вдвует воздух пострадавшему через рот и нос одновременно, плотно охватывая их своими губами;

грудных детей, должен быть менее резким, чем в дыхательные пути взрослого человека, с тем чтобы не повредить дыхательные пути пострадавшего ребенка;

- если искусственное дыхание проводят у взрослого с частотой 12 в 1 мин (одно вдувание воздуха каждые 5 с), то для детей в возрасте до 2 — 3 лет — 20 в 1 мин (вдувание воздуха каждые 3 с), у более старших — 15 в 1 мин (вдувание каждые 4 с).

При проведении наружного массажа сердца:

- у детей наружный массаж сердца следует проводить двумя руками, на глубину 1/3

- у грудных детей массаж сердца выполняют кончиками двух пальцев (указательного и среднего) с частотой 100—120 надавливаний в 1 мин. Точк



приложения давления — у нижнего конца тела грудины.

## Ошибки при проведении СЛР

**Ошибки при проведении искусственной вентиляции легких (искусственного дыхания):**

- не обеспечена полная проходимость дыхательных путей;

- не обеспечена герметичность при вдвигании воздуха по методу «рот в рот»;  
в нос»;

- попадание воздуха в желудок, что приводит к его растяжению с последующей рвотой;

- нарушение последовательности вдвигания воздуха и надавливаний на грудную клетку при наружном массаже сердца (вдвигание во время давления на грудную клетку).

**Ошибки при проведении наружного массажа сердца:**

- потерпевший уложен на пружинящую поверхность;

- руки реаниматора смещены от срединного продольного (середина ладони) выше мечевидного отростка, строго по средней линии тела);  
- при проведении массажа сердца руки сгибают в локтевых суставах или отрывают от грудины пострадавшего;

- очень резкое надавливание на грудину, что может привести к переломам ребер и грудины с повреждением легких и сердца. При чрезмерном давлении на мечевидный отросток грудины возможны травмы желудка и печени;

- несоблюдение частоты давлений на грудину (не менее 100 нажатий в минуту) и ритма (допущение длительных перерывов при осуществлении массажа сердца).

- отсутствие контроля эффективности реанимационных мероприятий.

7

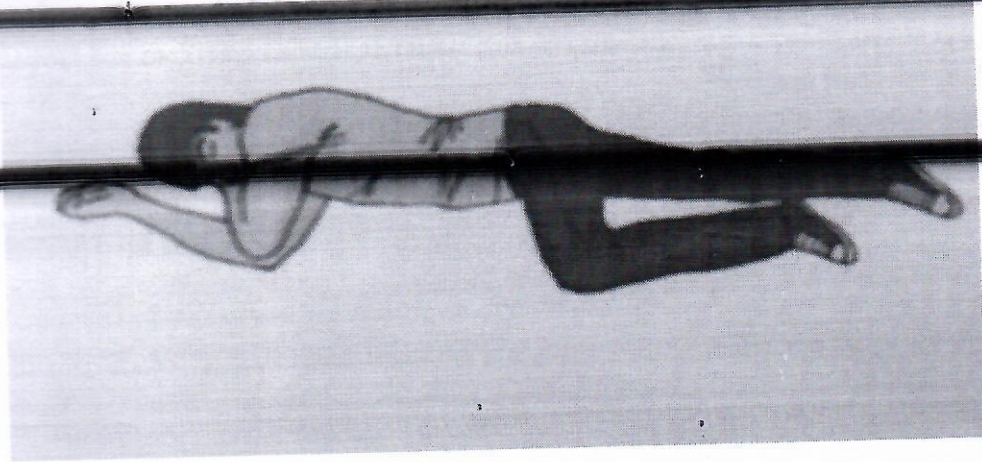
В случае появления у пострадавшего признаков жизни после проведения СЛР следует придать ему **устойчивое боковое положение**.

Для придания устойчивого бокового положения пострадавшему необходимо выполнить следующие шаги (поворот на себя):

1. Расположить ближнюю руку пострадавшего под углом 70-80° к его телу.
2. Дальнюю руку пострадавшего завести за шею.

3. Согнуть дальнюю ногу пострадавшего в колене, поставить ее с опорой на стопу.

4. Повернуть пострадавшего набок, надавливая на колено согнутой ноги и локоть, заведенной за шею руки. После поворота пострадавшего набок слегка запрокинуть его голову и подтянуть ногу к животу.





## **Закупорка верхних дыхательных путей инородным телом**

Закупорка дыхательных путей наступает при случайном вдыхании пищи, жевательной резинки и других предметов, находящихся в ротовой полости. Закупорка может быть умеренной и тяжелой степени.

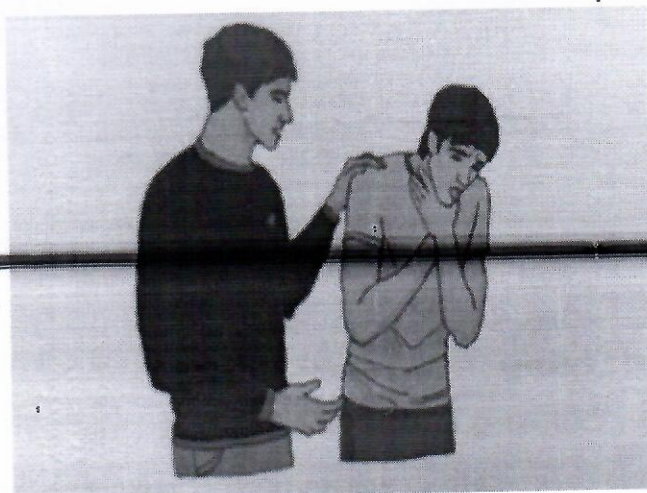
### ***Закупорка умеренной степени***

Признаки:

- человек отвечает на вопросы,
- кашляет,
- дышит.

ПП:

- предложить пострадавшему откашляться самостоятельно,
- контролировать его состояние.



### **Закупорка тяжёлой степени**

Признаки:

- пострадавший не может разговаривать,
- дыхание отсутствует или явно затруднено,
- хватается за горло.

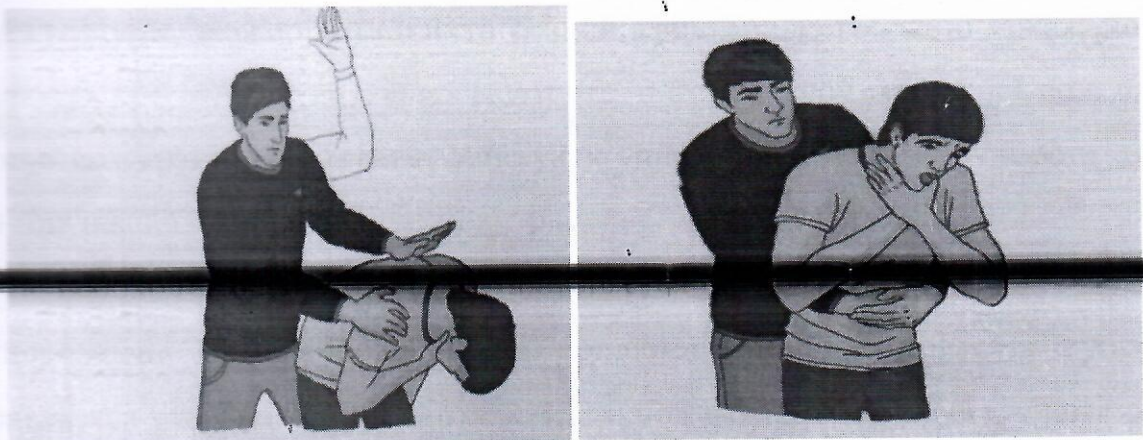
ПП:

- встать сзади пострадавшего и, придерживая его за грудную клетку своей рукой, другой наклонить его вперед, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот пострадавшего, а не опустилось ниже в дыхательные пути;
- нанести 5 резких ударов между лопатками основанием ладони;
- если закупорка не устранена – применить прием Геймлиха.

**Прием Геймлиха выполняется следующим образом:**



- встаем позади пострадавшего, обхватываем его сзади обеими руками на уровне верхней половины живота и наклоняем вперед;
- сжимаем руку в кулак, помещаем его посередине между пупком и мечевидным отростком грудины, обхватываем кулак другой рукой и резко надавливаем на живот пострадавшего в направлении внутрь и кверху;
- при необходимости этот прием повторяется до 5 раз;
- если закупорка не устранена, то продолжаем попытки удаления инородного тела перемежая удары по спине с толчками в живот по 5 раз;
- если пострадавший потерял сознание, и нет других признаков жизни – начинаем СЛР.



## Оказание первой помощи при приступе эпилепсии

**Эпилепсия** — это хроническое заболевание головного мозга, которое клинически проявляется возникновением повторных припадков, сопровождающихся выключением или изменением сознания, мышечными сокращениями, а также нарушениями чувствительных, эмоциональных и вегетативных функций. Заболевание может сопровождаться изменением характера и снижением интеллекта.

В основе причины эпилептического припадка лежит степень судорожной готовности, которая наследуется, и органическое повреждение головного мозга (травма, опухоль, нейроинфекция, очаги деструкции после нарушения мозгового кровообращения).

За несколько часов и даже дней могут появляться **предвестники**:

- головная боль,
- раздражительность,



- лабильное настроение.

Непосредственно перед припадком может возникнуть **аура**, которая длится несколько секунд. Возникают:

- звуковые галлюцинации,
- зрительные галлюцинации,
- обонятельные галлюцинации,
- висцеральные (органные) галлюцинации (неприятные ощущения в животе тошнота, рвота, сердцебиение),
- психическая аура (приятные и неприятные переживания).

Далее следует **период тонических судорог** с резким напряжением всей мускулатуры, может возникнуть резкий крик больного; лицо искажено, синюшные челюсти крепко сжаты, сознание отсутствует. Больной падает на пол, чаще вперед могут возникнуть переломы, вывихи и ушибы. Тонические судороги длятся около 30 секунд.

Затем начинается **период клонических судорог**, который характеризуется судорожным сокращением мышц туловища, рук и ног. На губах больного появляется розовая пена или кровь (прикус языка). Тахикардия, учащение дыхания может быть непроизвольное мочеиспускание и дефекация.

Затем следует период общего расслабления мышц, сознание остается нарушенным, наступает сон разной длительности.

Продолжительность приступа — от нескольких минут до получаса последующей потерей памяти.

Примерно в 2—3% случаев отмечается **эпилептический статус**: внезапно развивается **серия припадков**, в промежутках сознание не восстанавливается гипертермия (до 40 °С и выше), судороги быстро нарастают.

Кроме выраженных судорожных припадков эпилепсия может проявляться **малыми припадками (абсансы)**. Они характеризуются кратковременной (несколько секунд) потерей сознания, повторяются несколько раз в сутки. Больной прерывает начатую речь или любое действие, бледен, выражение лица застывшее, глазные яблоки отведены кверху, зрачок расширен. Могут автоматически продолжаться те действия, что и до припадков. Окончание припадков внезапное, как начало, не сопровождается недомоганием.



- Если возможно, поддерживать во время падения (профилактика травм во время приступа).
- Не следует удерживать больного в момент судорог.
- Под голову больного подложить что-нибудь мягкое или постараться поддержать ее, чтобы предотвратить травму.
- Голову повернуть на бок (профилактика затекания рвотных масс и слюны в дыхательные пути).
- В период послесудорожного сна не следует резко будить больного

### **Оптимальное положение тела пострадавшего, контроль его состояния и передача бригаде скорой помощи**

После оказания помощи и устранения опасности для жизни пострадавшего прибытия скорой медицинской помощи ему следует придать оптимальное положение тела, обеспечивающее комфорт, уменьшающее степень страданий и усугубляющее нарушения жизненно важных функций. Оптимальное положение определяется характером повреждений у пострадавшего и удобством для него. Пострадавший, у которого отсутствуют признаки сознания (но сохранены дыхание и кровообращение), должен находиться в ожидании прибытия скорой медицинской помощи и на этапе транспортировки в устойчивом боковом положении, которое придается для поддержания проходимости дыхательных путей и снижения риска перекрытия слюной, кровью, рвотными массами или языком.

В случаях, если у пострадавшего подозревается травма живота и т.п., предпочтительно, чтобы в ожидании медицинской помощи или на этапе транспортировки он находился в положении на спине с согнутыми в коленях разведенными ногами. При этом под коленями должна находиться мягкая опора (свернутая валиком одежда и т.п.). В некоторых литературных источниках данная позиция называется «позой лягушки».

Пострадавшему с сильной кровопотерей (или с возможными признаками шока) следует придать положение на спине с приподнятыми ногами. Поддерживать ноги в приподнятом положении можно с помощью импровизированной опоры, с привлечением одного из участников оказания первой помощи.



Пострадавшему с травмой грудной клетки при транспортировке или ожидании медицинской помощи предпочтительно находиться в полусидячем положении (по возможности с наклоном в сторону пораженной

До прибытия бригады скорой медицинской помощи следует контролировать состояние пострадавшего следующим образом:

- постоянный диалог с пострадавшим, находящимся в сознании;
- у пострадавших в бессознательном состоянии - периодическая проверка дыхания;
- регулярный обзорный осмотр, контроль остановленного кровотечения;
- контроль правильности наложения повязок, жгутов;
- наблюдение за окружающей обстановкой, обеспечение безопасных условий для участников оказания первой помощи и пострадавшего.

Передача пострадавшего бригаде осуществляется в любой момент по ее прибытии. При этом необходимо сообщить медицинским работникам информацию:

- о происшествии;
- о выявленных у пострадавшего травмах и других состояниях;
- о том, что было сделано при оказании первой помощи.

Следует также ответить на вопросы медработников.

После передачи пострадавшего необходимо оказать дальнейшее содействие сотрудникам скорой медицинской помощи (помогать перемещать пострадавшего, обеспечивать безопасные условия для оказания медицинской помощи и т.д.).





Прошнуровано,  
пронумеровано и  
скреплено печатью  
17 листов  
Заведующий  
Л.Н. Гоикова