



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА УКРАЇНИ
З НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ
ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
У СФЕРІ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ



ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА НА МІСЦІ ПОДІЇ

ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК



За редакцією д. н. держ. упр., професора П. Б. Волянського
та д. мед. н., професора С. О. Гур'єва

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА УКРАЇНИ
З НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
У СФЕРІ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ

ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА НА МІСЦІ ПОДІЇ

Практичний посібник

За загальною редакцією
д. н. держ. упр., професора П. Б. Волянського
та д. мед. н., професора С. О. Гур'єва



Видавничий дім
«Гельветика»
2020

УДК 614.88:351.745(07)
Д 66

Авторський колектив:

Волянський П. Б., Гринзовський А. М., Гур'єв С. О., Долгий М. Л.,
Дрозденко Н. В., Кузьмін В. Ю., Кушнір В. А., Макаренко А. М., Стрюк М. П.

Рецензенти:

Крилюк В. О. – завідувач відділу підготовки інструкторів з надання медичної допомоги в екстремальних ситуаціях Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», доктор медичних наук;

Іскра Н. І. – професор кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупіка, доктор медичних наук, професор

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Інституту державного управління у сфері цивільного захисту
як практичний посібник
(протокол від 20 грудня 2019 р. № 11)
Рекомендовано Вченою радою
Державного закладу «Український науково-практичний
центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф МОЗ України» до друку
(протокол від 24 грудня 2019 р. № 8)*

Д 66 Домедична допомога на місці події : практичний посібник / П. Б. Волянський, А. М. Гринзовський, С. О. Гур'єв та ін. ; за заг. ред. д. н. держ. упр., професора П. Б. Волянського та д. мед. н., професора С. О. Гур'єва. – Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2020. – 224 с.
ISBN 978-966-992-040-9

У практичному посібнику з урахуванням Порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах (наказ МОЗ України від 16.06.2014 року № 398) висвітлено алгоритми вирішення ситуаційних задач з домедичної допомоги на місці події для навчання рятувальників ДСНС України.

Практичний посібник адаптовано до змісту навчальної програми II рівня підготовки з надання домедичної допомоги, розробленої на основі навчально-тренувальної програми «Перший на місці події».

Водночас він може бути використаний у своїй роботі викладачами та слухачами інших навчальних закладів, керівним складом цивільного захисту міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій, усіма тими, хто працює у сфері цивільного захисту. Практичний посібник створено в межах виконання НДР «Модельовання алгоритму вирішення ситуаційних задач з домедичної допомоги на місці події для навчання рятувальників ДСНС України» (номер державної реєстрації 0118U003076) на замовлення Департаменту організації заходів цивільного захисту Державної служби України з надзвичайних ситуацій.

Малюнки та схеми, що використані в посібнику, отримані й запозичені з відкритих інтернет-ресурсів (див. додаток В).

УДК 34.03:342.951-054.6(477)

ISBN 978-966-992-040-9

© П. Б. Волянський, А. М. Гринзовський,
С. О. Гур'єв та ін., 2020

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАК, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ	6
ВСТУП	7
1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ НАВЧАННЯ З ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	9
2. ОСНАЩЕННЯ, ЩО ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ДЛЯ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	22
3. ЗАГАЛЬНІ ПРАВИЛА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	43
3.1. Огляд місця події	43
3.2. Техніка визначення в постраждалого свідомості	45
3.3. Техніка відновлення прохідності дихальних шляхів	45
3.4. Техніка визначення в постраждалого дихання	46
3.5. Техніка проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР)	46
3.6. Техніка переведення постраждалого в стабільне положення	47
3.7. Виклик бригади екстреної медичної допомоги	48
4. НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	50
4.1. Домедична допомога в разі раптової зупинки серця та серцевого нападу	50
4.1.1. <i>Техніка використання автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД) під час проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР)</i>	57

4.2. Домедична допомога в разі інсульту	59
4.3. Домедична допомога в разі порушення прохідності дихальних шляхів – обструкції стороннім тілом.	61
4.3.1. <i>Техніка виконання прийому Гордона</i>	62
4.3.2. <i>Техніка виконання прийому Хеймліка</i>	63
4.4. Домедична допомога в разі травматичних пошкоджень	66
4.4.1. <i>Техніка накладання турнікету однією рукою</i>	71
4.4.2. <i>Техніка накладання турнікету двома руками</i>	73
4.4.3. <i>Техніка накладання кровоспинного джгута типу Есмарх</i>	77
4.4.4. <i>Техніка накладання імпровізованого кровоспинного джгута (закрутки)</i>	78
4.4.5. <i>Техніка іммобілізації переломів кісток</i>	83
4.4.6. <i>Техніка накладання оклюзійної пов'язки</i>	85
4.4.7. <i>Техніка накладання імпровізованої оклюзійної пов'язки</i>	86
4.4.8. <i>Техніка накладання хрестоподібної пов'язки на обидва ока</i>	89
4.4.9. <i>Техніка накладання пов'язки на рану голови у вигляді «Чіпця»</i>	91
4.5. Домедична допомога в разі дорожньо-транспортних пригод	98
4.5.1. <i>Техніка накладання шийного коміра</i>	103
4.5.2. <i>Техніка накладання пов'язки, що тисне</i>	107
4.5.3. <i>Техніка евакуації постраждалого із салону автомобіля</i>	108
4.5.4. <i>Техніка зняття захисного шолома</i>	112
4.6. Домедична допомога в разі ураження електричним струмом та блискавкою	114

4.7. Домедична допомога в разі підозри на гостре отруєння	115
4.8. Домедична допомога в разі укусів тварин та комах	121
4.9. Домедична допомога в разі термічних уражень	127
4.10. Домедична допомога постраждалим унаслідок переохолодження/відмороження	134
4.11. Домедична допомога в разі утоплення	140
4.11.1. Техніка попередження захвату рятувальника потопаючим	146
4.11.2. Техніка визволення рятувальника від захвату потопаючого	147
4.11.3. Техніка буксирування потопаючого до берега	148
4.12. Домедична допомога в разі судом (епілепсії)	150
4.13. Домедична допомога в разі передозування опіюдами	152
4.14. Домедична допомога під час екстрених пологів	154
ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА	161
ДОДАТКИ	166
Додаток А	166
Додаток Б	207
Додаток В	212

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАК, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ

АЗД	–	Автоматичний зовнішній дефібрилятор
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДСНС	–	Державна служба України з надзвичайних ситуацій
ДТП	–	Дорожньо-транспортна пригода
ЕМД	–	Екстрена медична допомога
ЄДСЦЗ	–	Єдина державна система цивільного захисту
МК	–	Медицина катастроф
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я України
МОН	–	Міністерство освіти і науки України
НС	–	Надзвичайна ситуація
СЛР	–	Серцево-легенева реанімація
США	–	Сполучені Штати Америки
ШМД	–	Швидка медична допомога
ALS	–	Advanced Life Support
BLS	–	Basic life support
CFR	–	Certified first responder
EMT	–	Emergency medical technician
EMT-P	–	Emergency medical technician – paramedic
ITLS	–	International Trauma Life Support
NDMS	–	National Disaster Medical System
PhTLS	–	Prehospital Trauma Life Support

ВСТУП

Забезпечення особистої безпеки та збереження свого здоров'я – одна з найважливіших сторін практичних інтересів людини, особливо в умовах сьогодення.

В Україні та у світі загалом не проходить і дня без чергової аварії, стихійного лиха, соціального конфлікту або кримінальної події, які викликають загибель людей і завдають величезного матеріального збитку.

Зараз, коли в будь-яку хвилину може гостро постати питання рятування життя, особливо актуальним є вміння надавати домедичну допомогу.

Основне завдання домедичної допомоги в разі нещасного випадку – зберегти життя постраждалого до прибуття рятувальників та екстреної медичної допомоги (ЕМД) та ефективно використати будь-який шанс для його порятунку.

У повсякденному житті може виникнути ситуація, коли поряд з особою, яка перебуває в невідкладному стані, немає нікого, хто б володів навичками надання домедичної допомоги. Тому в умовах збільшення проявів терористичних актів на перше місце постає питання: як навчити кожного пересічного громадянина правильно надавати допомогу людині, яка перебуває в невідкладному стані?

Законом України «Про екстрену медичну допомогу» на багатьох фахівців покладено обов'язок надання домедичної допомоги, тобто невідкладних дій і заходів, спрямованих на порятунок і збереження життя людини, яка перебуває в критичному стані, та мінімізацію можливих негативних наслідків цього стану для її здоров'я в подальшому. Така допомога надається на місці рятувальниками аварійно-рятувальних служб, поліцейськими, фармацевтичними працівниками, провідниками пасажирських вагонів, бортпровідниками та іншими особами, які не мають

медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти знаннями, уміннями та навичками надання домедичної допомоги.

У матеріалах практичного посібника «Домедична допомога на місці події» враховано досвід рятувальників ДСНС України. Ситуаційні задачі, що наведені в цьому посібнику, здебільшого мали місце під час ліквідації НС.

1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ НАВЧАННЯ З ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) близько третини постраждалих у разі надзвичайних ситуацій (НС) та катастроф мирного часу вимагають надання домедичної допомоги за життєвими показниками. За тими ж даними кожен п'ятий із числа загиблих на місці події міг бути врятований, якби своєчасно та правильно цю допомогу було надано. Пошкодження, що виникають у постраждалих під час НС та катастроф, характеризуються значною кількістю множинних, поєднаних та комбінованих травм, що супроводжуються шоком, гострою зовнішньою крововтратою, асфіксією, синдромом тривалого стиснення тощо. Такі пошкодження часто призводять до розвитку синдрому взаємного обтяження та/або супроводжуються психогенними реакціями, що значно ускладнює надання медичної допомоги. Із зазначеного стає зрозумілою важливість надання домедичної допомоги та величезна відповідальність, яка лягає на рятувальників та інших осіб, які перебувають на місці катастрофи.

Збільшення кількості різних аварій, надзвичайних ситуацій техногенного і природного характеру стало характерним для останніх десятиліть. Серед причин смертності третє місце належить нещасним випадкам, травмам та отруєнням.

Для постраждалих від зовнішніх причин пошкоджень ситуація також залишається трагічною. Наприклад, у 2012 р. 76 % смертельних випадків унаслідок НС в Україні мало місце за межами медичних закладів. Цей показник є значно вищим, ніж у розвинених країнах Європи, і в наступні роки тільки зростає.

Такий високий показник летальності зумовлений насамперед медико-тактичними характеристиками надзвичайної події, що визначаються ймовірним ризиком загибелі і травмування людей

залежно від впливу різноманітних чинників за типових НС. Врахування наведеного має істотно підвищити ефективність та обґрунтованість управлінських рішень під час надання домедичної допомоги постраждалим у разі НС, що швидко змінюються.

Перша допомога – це прості доцільні заходи для порятунку здоров'я і життя травмованих людей, надання якої постраждалим особам має бути природною частиною нашого життя та обов'язком кожної людини.

В історії першої допомоги знаменним є 1859 р., коли швейцарець Дюнан запропонував створити міжнародну організацію, головним завданням якої було б надання першої допомоги пораненим у військових умовах. Завдяки ініціативі Дюнана у 1864 р. виник Червоний Хрест.

Нині Червоний Хрест – це велика міжнародна організація, що об'єднує більше 150 мільйонів членів. Її діяльність, що базується на наукових засадах, широко розвинена майже у всьому світі.

Перша допомога пройшла тривалий шлях розвитку та стала невід'ємною частиною невідкладної медичної допомоги. Найбільша заслуга в цьому належить хірургу М. Пирогову, який у 1853 р., під час Кримської війни, ввів цілеспрямовану обробку ран у польових умовах.

Вагоме значення перша допомога має не лише під час військових дій, – її роль надзвичайно важлива й у мирний час.

Відповідно до вимог з охорони здоров'я людини необхідно, щоб у кожній сім'ї, у школі та на кожному підприємстві були особи, які вміють належним чином надавати першу (домедичну) допомогу, оскільки травми трапляються в будь-яких місцях, а їх наслідки негативно впливають на наше суспільство.

Початком запровадження в Україні дієвого механізму надання домедичної допомоги постраждалим унаслідок НС можна вважати постанову Кабінету Міністрів України від 05.11.2007 р. № 1290, якою передбачене створення принципово нової для України системи підготовки і перепідготовки з питань надання домедичної допомоги рятувальниками та працівниками,

професійні обов'язки яких пов'язані з експлуатацією автомобільного, залізничного, водного й повітряного транспорту, а також військовослужбовцями.

Після прийняття вищезгаданої постанови було розроблено цілу низку проектів законодавчих і нормативних актів, що деталізували питання надання домедичної допомоги та навчання відповідних категорій населення за цим напрямом.

Верховною Радою України прийнято Закон України «Про систему екстреної допомоги населенню за єдиним номером 112» від 26.08.2011 р. № 9074, яким передбачено створення в Україні системи ЕМД за єдиним телефонним номером 112, що забезпечить надання такої допомоги (у тому числі медичної) у ситуаціях, які загрожують здоров'ю, життю людини, майну, навколишньому природному середовищу, громадському порядку тощо. Прийняття зазначеного закону має вагома значення для вдосконалення єдиної державної системи цивільного захисту та оперативної інформаційної взаємодії її підсистем. Сьогодні всі аварійно-рятувальні служби розпорошені, мають свої окремі телефонні номери (101, 102, 103 тощо), що створює труднощі як для населення, так і для медичних працівників ЕМД, які часто прибувають на місце події до рятувальних служб і поліцейських та повинні виконувати не притаманні їм дії: діставати постраждалих з-під завалів, з пошкоджених автомобілів, забезпечувати очеплення та охорону місця НС тощо. На теперішній час в Україні завершуються роботи зі створення єдиних чергово-диспетчерських служб. Служба ЕМД, особливо територіальні центри ЕМД та медицини катастроф (МК) як безпосередні виконавці, повинні брати активну участь у реалізації положень вищевказаного законодавчого акта.

Важливим кроком у нормативно-правовій регламентації ЕМД в умовах НС стало видання наказу МОЗ України «Про затвердження Загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих та форм медичної документації» від 18.05.2012 р. № 366. Медичне сортування постраждалих є надважливим компонентом ЕМД в умовах НС і полягає в їх

розподілі на певні сортувальні групи за принципом потреби в однотипних лікувально-профілактичних та евакуаційних заходах залежно від медичних показань і конкретних обставин НС. У повсякденних умовах працівники системи ЕМД надають таку допомогу поодиноким постраждалим. У разі НС із великою кількістю постраждалих та диспропорцією між кількістю постраждалих, тяжкістю отриманих ними пошкоджень та численністю медичних сил і засобів завжди важко прийняти правильне рішення для визначення пріоритетних груп, що потребують надання ЕМД. Зазначений наказ МОЗ України чітко регламентує загальні вимоги, етапи проведення медичного сортування та облікову форму медичної документації. Чітке дотримання положень цього наказу дасть змогу зберегти життя значної кількості постраждалих і попередити розвиток можливих ускладнень. Проведення первинного сортування в зоні НС покладене на рятувальників.

Шанси людини на те, що в разі нещасного випадку чи серцевого нападу її життя буде врятоване, а негативні наслідки для здоров'я мінімізовані, залежать від якнайшвидшого початку надання допомоги та проведення критичних для виживання маніпуляцій уже на догоспітальному етапі.

Згідно із сучасними дослідженнями статистично значуще зростання показників виживання серед осіб, які потребують надання ЕМД, досягається лише в тому разі, якщо вони можуть розраховувати на її початок не пізніше ніж через 4 хв. після виникнення екстреної ситуації. Це можливо лише в разі надання ефективної домедичної допомоги та забезпечення базової підтримки життя безпосередніми свідками події. Хоча такі особи не можуть замінити професійних медичних працівників, однак вони можуть допомогти підтримати життя до прибуття професіоналів.

За приклад можна взяти американську модель. Медична діяльність у США суворо регламентована й полягає в чіткому дотриманні протоколів із надання медичної допомоги. З метою об'єднання зусиль країн світу для вдосконалення системи ЕМД в разі катастрофх вперше в 1975 р. в Женеві

було засновано Міжнародне суспільство медицини катастроф. У 1976 р. було створено «Клуб Майнца» Міжнародного товариства з невідкладної медицини, який у 1983 р. був трансформований у Всесвітню асоціацію невідкладної медицини та медицини катастроф (WAEDM), а з 1986 р. в Сан-Марино діє Європейський науково-дослідний центр з медицини катастроф.

Незважаючи на те, що на сьогодні у світі накопичено великий досвід надання ЕМД, аналіз зарубіжної літератури показує, що досі немає єдиної виробленої системи організації ЕМД в разі НС та катастроф, але в усіх країнах основу медицини катастроф становить ефективна служба швидкої медичної допомоги (ШМД).

У США медична допомога в разі катастроф здійснюється в межах Національної системи медицини катастроф NDMS (National Disaster Medical System). Відповідальними за її стан є Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення та Міністерство оборони, які займаються плануванням організаційних, медичних та евакуаційних заходів. Головна роль при цьому відводиться FEMA (Federal Emergency Management Agency). Це відомство координує діяльність органів цивільної оборони штатів, федеральних міністерств і відомств (міністерства енергетики, міністерства транспорту тощо) та підприємств приватного сектору.

До складу служби ШМД в США, як і в більшості країн світу, входять парамедики. Підготовку парамедиків та техніків невідкладної медицини (Emergency medical technician - EMT) у цій країні розпочато в 1966 р., а в 1970 р. фахівці EMT були внесені в офіційний перелік медичних спеціальностей.

Здійснюється підготовка двох категорій EMT (EMT-I, EMT-P). При цьому EMT-I освоює методи розпізнавання загрозливих для життя станів і надання невідкладної медичної допомоги (у тому числі кардіопульмональної реанімації); EMT-P (EMT – Paramedic) готуються як більш кваліфіковані спеціалісти з надання невідкладної медичної допомоги із застосуванням методів інтенсивної терапії.

Під час підготовки парамедиків більше уваги приділяється вмінню та навичкам надавати ЕМД згідно із затвердженими сучасними алгоритмами в екстрених ситуаціях, ніж загальному рівню медичних знань, якими мають володіти лікарі. Підготовка цих спеціалістів займає близько 3 000 год., при цьому вони вивчають анатомію, фізіологію, фармакологію тощо. Пожежники та поліцейські, як правило, отримують кваліфікацію CFR (Certified first responder) – вони треновані в наданні першої допомоги, куди входить серцево-легенева реанімація (включно з дефібриляцією), розпізнавання симптомів інфаркту, інсульту, гіпоглікемії, анафілактичної реакції, зупинка зовнішньої кровотечі, допомога в разі переломів (імобілізація), опіків, неускладнених пологів тощо. Крім цього, їм дозволено використовувати адреналіновий автоінжектор, якщо він є у хворого/постраждалого. У деяких штатах вони мають право використовувати також глюкозу й активоване вугілля, нітрогліцерин (якщо він є у хворого/постраждалого та/або був прописаний лікарем і за наявності відповідних симптомів). Водночас у США є бригади швидкого реагування, які виїжджають на виклики у разі затримки приїзду бригади ЕМД. Зазвичай це пожежники з прилеглої пожежної частини, які мають ту чи іншу медичну кваліфікацію (від first responder до парамедиків). У деяких містах на серйозні виклики приїжджає поліція, офіцери якої також мають навички надання першої медичної допомоги.

Вирішальним чинником своєчасності надання ЕМД є збір і швидкість передачі інформації з місця НС або катастрофи. Тому в більшості країн світу введений у дію єдиний номер телефонного зв'язку, за яким можна терміново зв'язатися з будь-яким підрозділом системи швидкого реагування у разі НС. У США, наприклад, єдиний телефонний номер – 911. Будь-який абонент може одночасно зв'язатися з поліцією, пожежниками або службою ШМД не набираючи при цьому декілька різних номерів.

В Україні навчання з надання домедичної допомоги є частиною підготовки низки фахівців (аварійно-рятувальних служб, поліцейських тощо).

У Законі України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» визначено, що відділення ЕМД є структурним підрозділом багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування, у якому в цілодобовому режимі забезпечується надання екстреної медичної допомоги. Цей закон визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, ЕМД, у тому числі під час виникнення НС та ліквідації їх наслідків, а також засади створення, функціонування й розвитку самої системи ЕМД.

У наведеному законі зазначено, що особами, які зобов'язані надавати домедичну допомогу особам, що перебувають у невідкладному стані, є рятувальники аварійно-рятувальних служб ДСНС, поліцейські, фармацевтичні працівники, провідники пасажирських вагонів, бортпровідники та інші особи, які не мають медичної освіти, але за своїми професійними чи службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання такої допомоги.

Згідно із чинним Кримінальним кодексом України (ККУ) передбачена кримінальна відповідальність за ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, за можливості надання такої допомоги або неповідомлення про такий стан особи відповідним установам чи особам, якщо це заподіяло тяжкі тілесні ушкодження або смерть (ст. 136 Кримінального кодексу України). Якщо ж особа сама поставила в небезпечний для життя стан іншу людину або через своє правове становище повинна була піклуватися про неї, кримінальна відповідальність настає за ст. 135 Кримінального кодексу України за залишення в небезпеці. Обидві статті передбачають різні санкції аж до позбавлення волі.

Кодекс цивільного захисту України від 02.10.2012 р. № 5403-VI, який фактично є дорожньою картою для всієї системи ДСНС загалом, деталізовано деякі аспекти навчання рятувальників та надання ними домедичної допомоги:

- у ст. 23 визначено, що аварійно-рятувальні служби проводять пошук і рятування людей на уражених об'єктах і територіях, надання в можливих межах невідкладної, у тому числі медичної,

допомоги особам, які перебувають у небезпечному для життя й здоров'я стані, на місці події та під час евакуації до лікувальних закладів;

- ст. 110 зобов'язує рятувальників проходити періодичну підготовку з питань надання домедичної допомоги постраждалим унаслідок НС.

Згідно із чинним законодавством певні категорії працівників, до функціональних обов'язків яких входить надання домедичної допомоги, отримують необхідні знання безкоштовно у спеціалізованих навчально-тренувальних підрозділах навчальних закладів (центрів).

Фахівці силових міністерств насамперед отримують знання з тактичної медицини, де на заняттях навчаються правильно оглядати пораненого без свідомості на полі бою та практично відпрацьовують такі дії: зупинку зовнішньої масивної кровотечі, надання пораненому стабільного бокового положення, евакуацію в безпечне місце, а також серцево-легеневу реанімацію.

Рятувальники, відповідно до наказу ДСНС від 30.03.2018 р. № 206, проходять навчання з домедичної допомоги в навчальних закладах, центрах та пунктах ДСНС України.

Постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1115 затверджено Порядок підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу. Зазначено, що підготовка та підвищення кваліфікації проводяться на базі вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів I–IV рівнів акредитації незалежно від форми власності й підпорядкування, навчально-тренувальних відділів центрів ЕМД та МК, навчально-тренувальних відділів Товариства Червоного Хреста, інших навчально-тренувальних підрозділів, які здійснюють діяльність відповідно до законодавства про освіту за програмами, затвердженими МОЗ і погодженими з МОН України.

Установи, на базі яких проводиться підготовка та підвищення кваліфікації, за рівнем матеріально-технічного забезпечення й підготовки викладачів повинні відповідати вимогам, установленним МОН України.

Відповідальним за наукове та методологічне забезпечення підготовки й підвищення кваліфікації викладачів і викладачів-інструкторів установ є Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України».

Підготовка та підвищення кваліфікації проводяться за очною формою навчання та поділяються на перший, другий і третій рівні.

Строк підготовки й підвищення кваліфікації залежить від рівня знань і практичних навичок особи. Вимоги щодо рівня знань і практичних навичок та відповідні строки підготовки й підвищення кваліфікації затверджуються МОЗ України.

Також зазначеною постановою затверджено зразок посвідчення про підготовку з надання домедичної допомоги.

У п. 9 наведеної вище постанови визначено, що підготовка та підвищення кваліфікації з надання домедичної допомоги здійснюються установами на підставі договорів, що укладаються з відповідними органами виконавчої влади, підприємствами (установами, організаціями), а порядок здійснення та розмір плати за проведення підготовки й підвищення кваліфікації встановлюються МОЗ за погодженням із Міністерством фінансів України.

Досвід цивілізованих країн світу свідчить про те, що для забезпечення своєчасності надання домедичної допомоги необхідно широко залучати немедичних працівників, які пройшли відповідні навчання. Вирішення цієї проблеми в Україні можливе за умови виконання МОЗ постанови Кабінету Міністрів України від 21.10.2012 р. № 1115 та приведення МОЗ до єдиного критерію (відповідність змісту та часу навчання) великої кількості наявних навчальних програм.

Досить вдалим, на наш погляд, у цьому контексті є наказ МОЗ України «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти» від 29.03.2017 р. № 346.

Програми підготовки та відповідні програми підвищення кваліфікації розроблено з урахуванням основних вимог міжнародних

програм «Основи підтримки життя», «Перший на місці події» та «Професійна підтримка життя» щодо володіння працівників навичками надання домедичної допомоги трьох рівнів.

Програми підготовки та підвищення кваліфікації I, II та III рівнів мають 8, 48 та 120 астрономічних годин відповідно.

Програма підготовки першого рівня (Домедична допомога при раптовій зупинці серця та загрозливих життю станах).

Тривалість навчання – 8 годин.

Програма відповідає стандартам, передбаченим вимогами міжнародної програми BLS (Basic life support – базова підтримка життя): практичні прийоми надання домедичної допомоги у разі порушень або зупинки дихання та серцево-судинних розладів.

Програма розрахована на немедичних працівників, професійна діяльність яких не передбачає ризик отримання травматичних пошкоджень та отруєнь (це офісні працівники, працівники сфери послуг, викладачі тощо).

Програма підготовки другого рівня (Перший на місці події).

Тривалість навчання – 48 годин.

Термін «перший на місці події» означає перших осіб, які прибули на місце події як індивідуально, так і в складі аварійно-рятувальних груп до появи медичних працівників. «Перший на місці події» – це людина, що виконує базові маніпуляції для порятунку життя постраждалого з використанням мінімального набору обладнання або за його повної відсутності.

Головне завдання «першого на місці події» – розпочати процес надання домедичної допомоги тим, хто цього потребує. Курс передбачає розгляд базових понять про будову тіла людини та роботу органів і систем, а також навчання основним принципам і навичкам, які необхідні для оцінки стану постраждалого та надання домедичної допомоги в екстремальних умовах до прибуття бригади ЕМД.

Програма курсу ґрунтується на уніфікованих клінічних протоколах медичної допомоги та на алгоритмах міжнародних курсів Emergency Medical Responder, BLS, ITLS та PhTLS.

Курс розраховано на осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу постраждалим у невідкладному стані, але не мають медичної освіти, а саме: співробітників Національної поліції України, працівників ДСНС, фармацевтичних працівників, провідників пасажирських вагонів, бортпровідників та інших осіб, які за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання домедичної допомоги.

Програма підготовки третього рівня (Професійна підтримка життя).

Тривалість навчання – 120 годин.

Програма відповідає вимогам міжнародної програми ALS – «Професійна підтримка життя» (розширені дії з надання першої допомоги). Метою навчання є засвоєння працівниками розширених практичних умінь із надання першої допомоги в разі порушень або зупинки дихання, серцево-судинних порушень, зупинки серця, масивної зовнішньої кровотечі, пошкоджень голови та хребта, термічних уражень, гострих отруєнь та екстрених пологів.

Завданням програми є одержання працівниками теоретичних медичних знань та практичних навичок надання першої допомоги дорослим і дітям в екстремальних ситуаціях як самостійно, так і під керівництвом працівника з медичною освітою.

Розрахована на водіїв спеціального санітарного автотранспорту.

У проєкті Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення надання першої допомоги» пропонується змінити термін «домедична допомога» на термін «перша допомога».

Перша допомога – невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування і збереження життя людини в невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її

здоров'я, що здійснюються на місці події громадянами України, іноземцями та особами без громадянства, які не мають медичної освіти, а також особами, які за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, що перебуває в невідкладному стані, і відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи.

Варто визнати обґрунтованість доповнення нормативного акта ст. 12-1 «Про звільнення від юридичної відповідальності», згідно з якою особи, зазначені в частині першій ст. 12 цього закону, а також громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які з власної волі й без очікування грошової винагороди надають першу допомогу на місці події за межами закладу охорони здоров'я або в будь-якому іншому місці, у якому є необхідні медичні вироби, особі, яка перебуває в невідкладному стані, не несуть відповідальності за тілесні ушкодження, ймовірно отримані такою особою, або відповідальність за смерть особи, яка ймовірно сталася внаслідок дій чи бездіяльності під час надання такої першої допомоги, за винятком, коли встановлено, що такі ушкодження або смерть були наслідком умислу чи злочинної недбалості з боку особи, яка надає таку першу допомогу.

З огляду на необхідність упорядкування та стандартизації навчання з домедичної допомоги в системі ДСНС України та на виконання Наказу ДСНС України «Про організацію підготовки та підвищення кваліфікації з надання домедичної допомоги в системі ДСНС» від 30.03.2018 р. № 206 Інститутом державного управління у сфері цивільного захисту було розроблено та затверджено встановленим порядком навчальну програму II рівня підготовки з надання домедичної допомоги (Курс домедичної підготовки «Перший на місці події»), яка розрахована на 64 навчальні години, та розіслано її до навчальних закладів (підрозділів), що здійснюють підготовку та підвищення кваліфікації з надання домедичної допомоги. Програма курсу ґрунтується на уніфікованих клінічних протоколах медичної допомоги та на алгоритмах міжнародних курсів Emergency Medical Responder, BLS, ITLS та PhTLS.

У контексті зазначеного наказу забезпечено організаційно-методичну допомогу з питань проведення навчання з надання домедичної допомоги закладам освіти цивільного захисту ДСНС та формуванням центрального підпорядкування, на базі яких здійснюється підготовка й підвищення кваліфікації осіб рядового та начальницького складу служби цивільного захисту, працівників органів та підрозділів ДСНС та основних працівників державних аварійно-рятувальних служб (загонів) сфери управління ДСНС, що дало змогу запровадити єдину систему навчання з домедичної допомоги.

З вересня 2018 р. в Інституті державного управління у сфері цивільного захисту ДСНС України навчання рятувальників із домедичної допомоги відбувається за вказаною програмою з урахуванням вимог вищенаведеного наказу. Працює досвідчений викладацький склад, який пройшов підготовку на базі Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» та Товариства Червоного Хреста України.

2. ОСНАЩЕННЯ, ЩО ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ ДЛЯ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Аптечка автомобільна. Нормативно-технічне регулювання. ДСТУ 3961-2000 (Зміна № 2 від 01.09.2013 р.), ТУ У 21.2-38929750-001:2014

Аптечка медична автомобільна (АМА-1) призначена для укомплектування автомобілів, які мають до восьми включно сидячих місць, крім сидіння водія, та колісних тракторів (див. рис. 1).

Аптечка медична автомобільна (АМА-2) призначена для укомплектування автомобілів з кількістю сидячих місць, крім сидіння водія, яка перевищує вісім (див. рис. 2).

Назва засобів	Кількість (шт.)	
	АМА-1	АМА-2
Набір № 1		
1. Засоби для зупинення кровотечі, накладання пов'язок у разі травм		
Джгут для зупинки кровотечі	1	3
Бинт еластичний (5 м × 10 см)	1	2
Бинт марлевий стерильний (5 м × 10 см)	2	6
Бинт марлевий стерильний (7 м × 14 см)	1	4
Бинт марлевий нестерильний (5 м × 5 см)	1	4
Бинт марлевий нестерильний (7 м × 14 см)	1	4
Серветки з хлоргексидином (або їх замітники) (6 см × 10 см), смужки на гелевій основі з антимікробною дією полігексаметилен гуанідін гідрохлориду (або їхні замітники) (10 см × 50 см)	2	9
Серветки кровоспинні з фурагіном або його замітники (6 см × 10 см)	2	9
Серветки стерильні	6	12
Пакет перев'язувальний стерильний	1	4

2. Додаткові засоби		
Ножиці парамедичні (19 см)	1	1
Блокнот із шариковою ручкою	-	1
Набір № 2		
1. Засоби для накладання пов'язок у разі травм		
Косинка медична перев'язувальна (50 см × 50 см)	1	3
Гелева пов'язка у разі опіків	1	4
2. Додаткові засоби		
Плівка-клапан для проведення штучної вентиляції легенів	1	4
Рукавички медичні № 8 з поліетилену, комплект	1	4
Термопокривало (160 см × 210 см)	1	4
Ножиці парамедичні (19 см)	-	1
Пінцет анатомічний	1	1
Булавки англійські	2	6



Рис. 1. Аптечка медична автомобільна (АМА-1)



Рис. 2. Аптечка медична автомобільна (АМА-2)

Аптечка медична піротехнічна індивідуальна призначена для забезпечення органів і підрозділів (формувань) цивільного захисту, закладів освіти сфери управління ДСНС України (наказ ДСНС України від 14.12.2018 р. № 739).

№ з/п	Найменування лікарських засобів, медичних виробів	Одиниця виміру	Норма
1	Пакет перев'язувальний медичний стерильний із кровоспинною серветкою (типу бандаж)	штук	1
2	Бинт стерильний 7 м × 14 см	упаковка	1
3	Пов'язка для фіксації м'язів та суглобів	штук	1
4	Протиопікова гідрогелева пов'язка	штук	1
5	Серветка антисептична для обробки ран	штук	5
6	Оклюзійна пов'язка з клапаном	штук	1
7	Пластир фіксуючий у котушці на нетканій основі (5 м × 2,5 см)	штук	1
8	Джгут кровоспинний типу «Турнікет»	штук	1
9	Джгут кровоспинний типу «Есмарха»	штук	1
10	Пристрій для іммобілізації шийного відділу хребта в дорослих універсальний	штук	1
11	Налбуфін, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 2,0 мл, у попередньо заповненому шприці № 1	штук	1
12	Рукавички медичні стерильні № 1	пар	1
13	Ножиці тактичні медичні	штук	1
14	Покривало рятувальне ізотермічне	штук	1
15	Маркер чорного кольору	штук	1
16	Футляр або сумка	штук	1
17	Опис вкладень	штук	1

Укладка медична для пожежного (аварійно-рятувального) розрахунку призначена для надання домедичної допомоги постраждалим відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» (наказ ДСНС України від 20.11.2019 р. № 664).

№ з/п	Найменування лікарських засобів, медичних виробів	Одиниця виміру	Норма
I. Медичні вироби для проведення серцево-легеневої реанімації			
1	Плівка-клапан для проведення штучного дихання з рота в рот	штук	4
2	Дефібрилятор зовнішній автоматичний	штук	1
3	Мішок дихальний типу Амбу для дорослих	компл.	1
4	Мішок дихальний типу Амбу для дітей	компл.	1

II. Медичні вироби для тимчасової зупинки зовнішньої кровотечі та обробки ран			
1	Джгут кровоспинний типу турнікета	штук	4
2	Гемостатичний засіб у вигляді бинта для тампонування	штук	4
3	Бинт марлевий стерильний (7 м × 14 см)	штук	6
4	Бинт еластичний фіксуєчий	штук	2
5	Косинка трикутна фіксувальна	штук	4
6	Пластир гіпоалергенний фіксуєчий у катушці на нетканій основі (5 м × 2,5 см)	штук	2
7	Лейкопластир бактерицидний (розмір не менше 1,9 см × 7 см)	штук	20
8	Серветка марлева медична стерильна (розмір не менше 16 см × 14 см)	штук	20
9	Серветка марлева медична з антисептиком	штук	20
10	Гідрогелева протиопікова пов'язка різних розмірів	штук	10
11	Пакет перев'язувальний індивідуальний стерильний з еластичним компресійним компонентом і захисною вологостійкою оболонкою	штук	4
III. Засоби для іммобілізації			
1	Дошка транспортувальна довга	штук	1
2	М'які шини типу Sam Splint довгі	штук	4
3	М'які шини типу Sam Splint середні	штук	4
4	М'які шини типу Sam Splint короткі	штук	4
5	Пристрій для іммобілізації шийного відділу хребта універсальний (для дорослих)	штук	2
6	Пристрій для іммобілізації шийного відділу хребта універсальний (для дітей)	штук	1
IV. Інші медичні вироби			
1	Рукавички медичні стерильні	пар	6
2	Антисептичний засіб 50 мл	флакон	2
3	Трубка назофарінгальна різних розмірів	компл.	1
4	Оклюзійна пов'язка з клапаном	штук	2
5	Ножиці медичні тактичні	штук	1
6	Покривало рятувальне ізотермічне	штук	4
V. Немедичні вироби			
1	Блокнот	штук	1
2	Олівець	штук	1

3	Маркер	штук	1
4	Опис вкладень	штук	1
5	Футляр або сумка-укладка (саквояж) для зберігання транспортування медичних виробів	штук	1

Примітка:

Керівники головних управлінь (управлінь) ДСНС України в областях та м. Києві, підрозділів центрального підпорядкування ДСНС мають право визначати додаткову комплектацію аварійно-рятувальних машин спеціального призначення відповідно до покладених завдань такими лікарськими засобами: налбуфіном (розчином для ін'єкцій, 10 мг/мл по 2,0 мл, у попередньо заповненому шприці № 1), антидотом проти отруєння монооксидом вуглецю, розчином водню перекису (3 % – 40,0 мл), розчином сульфацил-натрію (20 % – 1,0 мл, № 5, розчином йоду спиртовим (5 % – 30,0 мл), розчином фізіологічним стерильним (0,9 % – 250,0 мл).

МЕДИЧНІ ВИРОБИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ

Засоби для проведення штучного дихання: маска клапан (див. рис. 3) та дихальний мішок Амбу: дорослий/дитячий (див. рис. 4).



Рис. 3. Маска-клапан



Рис. 4. Дихальний мішок Амбу

Для проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР), а саме рятувальних вдихів (штучної вентиляції легенів), необхідно

використовувати надійний бар'єр (засоби) між рятувальником і постраждалим. Він дає змогу не торкатися до постраждалого своїми губами, але при цьому ефективно проводити штучну вентиляцію легенів. Ці засоби пропускають повітря тільки в одну сторону – від рятувальника до постраждалого.

Автоматичний зовнішній дефібрилятор – сучасний комплекс моніторингу та надання допомоги немедиками, рятувальниками, а також лікарями (див. рис. 5).



Рис. 5. Автоматичний зовнішній дефібрилятор

Проводячи СЛР, неможливо домогтися істотної зміни ритму серцевої діяльності та переходу з фібриляції в нормальний ритм. Найефективнішим засобом для надання домедичної допомоги є використання автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД). Інтерфейс, екран, голосовий супровід допомагають не розгубитися в екстреній ситуації та чітко виконувати протокол проведення реанімації з використанням АЗД.

Апарат проводить моніторинг правильності проведених компресій і за необхідності підкаже, чи сильніше, чи слабше проводити натискання. Форма дефібриляційного імпульсу: прямолінійна двофазна. Автоматичний вибір величини заряду (120, 150 або 200 Дж). Час набору заряду – до 10 сек.

Технічні характеристики	
Розмір у розкладеному вигляді, см	29 × 24 × 13
Вага, кг	3

МЕДИЧНІ ВИРОБИ ДЛЯ ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИ ЗОВНІШНЬОЇ КРОВОТЕЧІ ТА ОБРОБКИ РАН

Перев'язувальні засоби стерильні призначені для накладання пов'язок на рани й опікові поверхні під час надання домедичної та медичної допомоги.

Готові до застосування такі перев'язувальні засоби:

- бинти марлеві стерильні й нестерильні завдовжки: 10, 7 та 5 м та завширшки 16, 14 та 10 см;
- пов'язки медичні великі та малі;
- подушечки ватно-марлеві великі та малі.

Фіксація пов'язок (на голові, плечі, тулубі тощо) та короткочасна іммобілізація кінцівок із пошкодженням кісток здійснюється за допомогою косинки медичної перев'язувальної (наприклад, фіксація пораненої кінцівки до здорової, руки – до тулуба).

Перев'язувальний матеріал – матеріал, вживаний під час операцій і перев'язок для осушення операційного поля, рани, для тампонади і пов'язок. Перев'язувальний матеріал не повинен змінюватися під час стерилізації, має добре всмоктувати виділення з рани (бути гігроскопічним), не дратувати тканини рани. Основні перев'язувальні матеріали – бинти марлеві.

Пакет перев'язувальний індивідуальний стерильний із зовнішньою прогумованою обгорткою призначений для накладання пов'язок у разі поранень та опіків із метою зупинки кровотечі й захисту ран та опікової поверхні від вторинного забруднення (див. рис. 6, 7). Являє собою стерильну пов'язку, яка складається з двох ватно-марлевих подушечок розміром 17,5 см × 32 см кожна та бинта завдовжки 7 м і шириною 10 см, які містяться в зовнішній прогумованій обкладинці та внутрішній паперовій.



Рис. 6. Паке́т пере́в'язувальний індивідуальний стерильний (в обкладинці)



Рис. 7. Паке́т пере́в'язувальний індивідуальний стерильний (вміст пакета)

За невеликих розмірів рани або незначних опіків ватно-марлеві подушечки можуть накладатися одна на одну, а за значних їх накладають у розгорнутому вигляді. Прогумована обкладинка пакету використовується для накладання оклюзійної пов'язки за відкритого пневмотораксу. Для закріплення бинта під час перев'язок в упаковку пакета вкладена англійська булавка. На поверхні прогумованої обкладинки вказано спосіб відкриття та правила користування пакетом, а також рік його виготовлення.

Перев'язувальні засоби для опечених стерильні призначені для накладання пов'язок на великі за площею опікові поверхні під час надання домедичної та медичної допомоги.

У комплекті містяться:

- марлеві стерильні бинти завдовжки 7 м і завширшки 14 см;
- стрічка ватно-марлева завдовжки 2 м і завширшки 29 см;
- пов'язки медичні великі стерильні;
- пов'язки фіксуючі контурні для кінцівок (великі, середні, малі)

та для тулуба;

- подушечки ватно-марлеві стерильні великі та малі.

Комплект розрахований на 100 опечених.

ЗАСОБИ ДЛЯ ІММОБІЛІЗАЦІЇ

Ноші призначені для переміщення (транспортування/евакуації) постраждалих з місця події/НС до закладів охорони здоров'я.

В залежності від обставин, за яких сталася травма/поранення, тяжкості травми та стану постраждалого, від наявної кількості осіб, які можуть надати допомогу, від наявних у розпорядженні нош (табельні, імпровізовані), – транспортування постраждалих може здійснюватися різними способами:

- підтримка (з однієї або обох сторін);
- винос на руках;
- перевезення транспортом (наземним, повітряним тощо).

Один із поширених способів, що добре зарекомендував себе, транспортування постраждалих з місця події – використання носилок.

Ноші медичні складні використовуються як засіб транспортування постраждалого з місць аварій, а також як засіб комплексу адаптації під час кризових ситуацій (див. рис. 8).



Рис. 8. Ноші медичні складні

Розроблено відповідно до стандарту STANAG 2040 MED (стандарт НАТО). Медичні ноші практичні, легко складаються.

Технічні характеристики	
Максимальна вага навантаження, кг	150
Вага, кг	8,5

Особливості: знімне м'яке покриття (чохол); два ремені для фіксації; вставні ручки; легке управління; зручне зберігання.

Транспортні ноші-сидіння використовуються для порятунку і транспортування постраждалих з вузьких місць: сходи, ліфти тощо (див. рис. 9).



Рис. 9. Транспортні ноші-сидіння

Технічні характеристики	
Максимальна вага навантаження, кг	140
Вага, кг	0,5

Сумка (капсула) рятувальників підвісна під вертоліт використовується для швидкого транспортування постраждалих повітряними та гірничорятувальними службами або для порятунку людей при пожежах, вибухах і інших катастрофах (див. рис. 10).



Рис. 10. Сумка (капсула) рятувальників під вертоліт

Особливості: у конструкції сумки передбачено захист постраждалого від негоди – ризик переохолодження, таким чином, знижується до мінімуму. В основу підвісної капсули вмонтовано вакуумний матрац. Після укладання та фіксації постраждалого в області грудей і стегон, для надання форми і забезпечення необхідної для всієї системи жорсткості, – використовується вакуумний насос.

Вакуумний матрац використовується для стабілізації та транспортування постраждалого в певному положенні (див. рис. 11).



Рис. 11. Вакуумний матрац

Матрац зроблений з високоякісного матеріалу. По периметру матраца розташовані ручки для зручного перенесення постраждалого та 3 ремені для його фіксації.

Технічні характеристики	
Розмір, см	80 × 60
Розмір в розкладеному вигляді, см	200 × 86
Вага, кг	5,5

Ноші медичні А12 призначені для транспортування постраждалих в лікарнях, травмпунктах і в ЕМД (див. рис. 12).



Рис. 12. Ноші медичні А12

Ноші не мають каркаса, складаються в поперечному напрямку в зручний чохол. Полотно виготовлено зі спеціальної тканини, що робить їх легкими, компактними, зручними і безпечними у використанні, поверхня нош легко дезінфікується.

Технічні характеристики	
Розмір, см	88 × 24
Розмір в розкладеному вигляді, см	212 × 75
Максимальна вага навантаження, кг	160
Вага, кг	1

Ноші медичні В10 призначені для використання в надзвичайних умовах у горах, у повітрі і на воді (див. рис. 13).



Рис. 13. Ноші медичні В10

Надійні та зручні, дозволяють проводити швидке і безпечно транспортування пацієнтів. У комплекті з ношами поставляється система кріплення до вертольота. Ноші обладнанні упором для ніг і чотирма ременями безпеки. Виготовлені з нетоксичного, вогнестійкого але не корозійного матеріалу.

Технічні характеристики	
Розмір в розкладеному вигляді, см	219 × 64 × 18
Максимальна вага навантаження, кг	272
Вага, кг	16

Ноші медичні А14 призначені для транспортування постраждалих з переломами та пошкодженнями хребта (див. рис. 14).

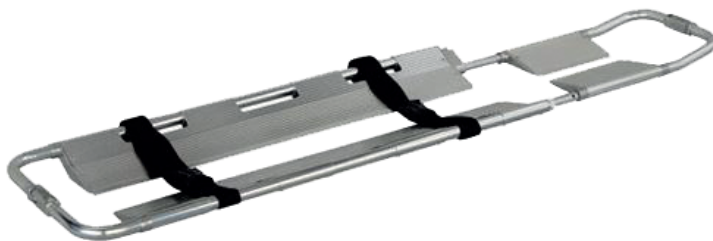


Рис. 14. Ноші медичні А14

Ноші складаються з двох окремих частин, що робить їх зручними у використанні і дозволяє чітко зафіксувати пацієнта. Натиснувши на кнопки, ноші можна роз'єднати на ліву і праву частини, при цьому хворого не обов'язково переміщати. Довжина нош може бути скоригована відповідно до тіла постраждалого. Каркас нош виконаний зі сплаву алюмінію високої міцності. У комплект поставки входять два ременя безпеки. Ноші призначені для використання в екстреній медицині. Є можливість кріплення фіксатора для голови. При необхідності транспортування постраждалого на автомобілі ЕМД, – ноші закріплюються на автомобільну каталку.

Технічні характеристики	
Розмір, см	214 × 42 × 7
Розмір в розкладеному вигляді, см	167 × 42 × 7
Максимальна вага навантаження, кг	160
Вага, кг	9

Ноші медичні А18 призначені для транспортування постраждалих з підозрою на переломи і пошкодження хребта (див. рис. 15).

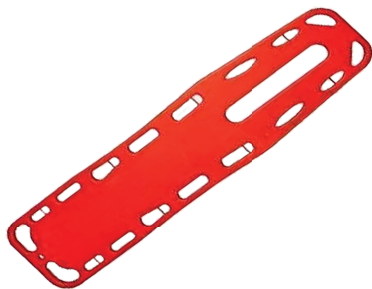


Рис. 15. Ноші медичні А18

Ноші зроблені з поліефірного волокна, стійкі до зовнішніх пошкоджень, міцні у використанні, легко дезінфікуються. Призначені для тривалої експлуатації в екстремальних умовах. Мають можливість використання при рентгенологічних

дослідженнях. Застосовуються для транспортування постраждалих при роботі бригад ЕМД, служби МК, на спортивних майданчиках, на місцях бойових дій тощо. У комплект поставки входять два ременя безпеки. Є можливість кріплення фіксатора для голови. При необхідності транспортування постраждалого на автомобілі ЕМД, – носилки закріплюються на автомобільну каталку.

Технічні характеристики	
Розмір в розкладеному вигляді, см	184 × 45 × 7
Максимальна вага навантаження, кг	160
Вага, кг	7,5

Фіксатор голови призначений для надійної фіксації голови в разі переломів чи пошкоджень шийного відділу хребта, це складова частина ноші А18 (див. рис. 16).

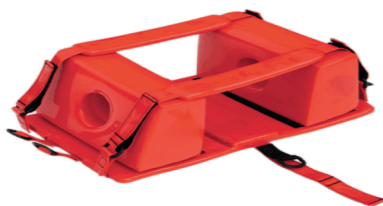


Рис. 16. Фіксатор голови

Фіксатор зроблено з поліефірного волокна, стійкі до зовнішніх пошкоджень, міцні у використанні, легко дезінфікуються. Призначені для тривалої експлуатації в екстремальних умовах.

Технічні характеристики	
Розмір, см	41 × 26 × 18
Вага, кг	1

Носилочна (санітарна) лямка – це пристосування для перенесення постраждалих без допомоги нош або для полегшення перенесення на ношах (див. рис. 17).



Рис. 17. Носилочна (санітарна) лямка



Рис. 18. Цівільна санітарна лямка

Носилочна лямка робиться з брезенту або цупкої бавовняної тканини та має на кінці металеву пряжку. На відстані 100 см від пряжки на лямку нашита смужка – клапан.

Спосіб перенесення постраждалого за допомогою носилочної лямки (див. рис. 19).



Рис. 19. Спосіб перенесення постраждалого

Щоб надіти лямку на себе, рятувальник (або інша особа яка надає допомогу) протягує вільний кінець і застібає лямку в пряжці, після цього лямка набуває вигляду вісімки. Завдяки металевій пряжці можна подовжити або укоротити розмір петель лямки відповідно до зросту рятувальника. Укорочують або подовжують ці петлі для того, щоб лямка не зсувалася з плечей

рятувальника при низькому розміщенні перехрестя і не здавлювала шию при його високому розміщенні. Перехрестя лямки має знаходитись на спині рятувальника на рівні нижніх кутів лопаток, а петлі лямок – спускатись уздовж тулуба.

Технічні характеристики	
Розмір, см	360 × 6,5
Розмір в розкладеному вигляді, см	219 × 64 × 18
Максимальна вага навантаження, кг	272
Вага, кг	1,6

Імобілізаційні шини – це пристосування, метою використання якого є фіксація та підтримка пошкодженої кінцівки в певному положенні.

Шини застосовуються для фіксації переломів кісток верхніх, так й нижніх кінцівок. Завдяки тому, що вони дозволяють знерухомити ушкоджену кінцівку, – створюються умови для зменшення болю в ділянці перелому та запобігання можливого виняткового травмування судин, нервів та шкіри кістковими уламками.

Шини можуть бути спеціально сконструйовані (стандартні) і імпровізовані (з підручного матеріалу).

Стандартні (табельні) шини випускаються промисловістю і можуть бути виготовлені з дерева, фанери, з металевого дроту, пластмаси, гуми (надувні шини) та інших матеріалів. Однак, навіть в НС, транспортну іммобілізацію бажано здійснювати з використанням табельних засобів: стандартних транспортних шин, спеціально сконструйованих і пристосованих для повноцінної іммобілізації того чи іншого сегменту.

Шина Крамера являє собою довгу дротяну решітку (драбинку), яка за рахунок своєї гнучкості здатна приймати будь-яку потрібну форму в залежності від характеру перелому (див. рис. 20).



Рис. 20. Шина Крамера

Стандартна шина виготовляється у двох варіантах:

- для верхніх кінцівок (розміром 72 см × 12 см);
- для нижніх кінцівок (розміром 120 см × 12 см).

Шина Дітерікса – дерев'яна пофарбована шина, яка сконструйована для іммобілізації нижньої кінцівки (див. рис. 21).

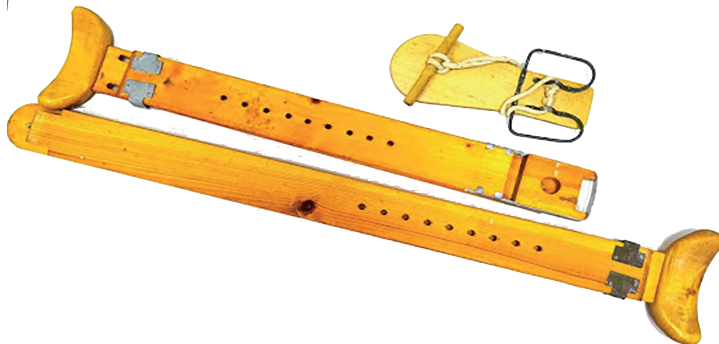


Рис. 21. Шина Дітерікса

М'яка шина типу Sam Splint являє собою тонкий шар алюмінію, покритий з усіх боків ізолюючим пінополіуретановим матеріалом (див. рис. 22-23).



Рис. 22. Шина типу Sam Splint



Рис. 23. Набір шин Sam Splint

Шина Sam Splint не має гострих кутів, гнеться в будь-якому напрямку і не ламається при деформації. Незважаючи на свою гнучкість, шина типу Sam Splint відмінно зберігає форму та дозволяє надійно та якісно зафіксувати пошкодженні кінцівки: переломи, вивихи та інші травми, при цьому шина надзвичайно легка та компактна.

Шийні коміри призначені для фіксації шиї та голови постраждалого в стабільному нейтральному положенні (обмежують як повороти, так і нахили голови в будь-якому напрямку). Вони застосовуються при травмах (підозрі на травму) шийного відділу хребта та в випадку, коли потрібно зафіксувати голову постраждалого при транспортуванні.

Шийний комір – це шийний іммобілізаційний комір, призначений для надання домедичної та медичної допомоги при травмах шийного відділу хребта дорослому постраждалому або травмованим дітям та підліткам (див. рис. 24-25).



Рис. 24. Шийний комір (дорослий)



Рис. 25. Шийний комір (дитячий)

Комір якісно фіксує шийний відділ хребта в стабільному положенні і запобігає додатковим пошкодженням під час транспортування постраждалого. Він має зручну систему регулювання висоти та ширини, за рахунок чого підійде за розміром будь-якому дорослому постраждалому. Конструкція шийного коміра дозволяє, при необхідності, провести інтубацію і видалення блювотних мас з порожнини рота постраждалого. Використання шийного коміра є золотим стандартом при наданні допомоги в рятувальних та медичних службах.

Особливості:

- має зручне регулювання розміру;
- підходить як немовлятам, так і підліткам та дорослим;
- максимально надійний завдяки запобіжним клапанам;
- забезпечує швидкий доступ до дихальних шляхів;
- легкий, плоский і компактний.

Технічні характеристики	
Розмір в розкладеному вигляді (дорослий), см	56 × 18 × 1,5
Розмір в розкладеному вигляді (дитячий), см	44 × 18 × 1,5
Вага, кг	0,08

ІНШІ МЕДИЧНІ ВИРОБИ

Покривало рятувальне ізотермічне призначене для індивідуального захисту поранених, хворих та постраждалих від несприятливих метеорологічних факторів (низька температура, опади, інтенсивна сонячна радіація тощо) під час надання допомоги за умов НС (див. рис. 26).



Рис. 26. Покривало рятувальне ізотермічне

Покривало рятувальне ізотермічне являє собою плівку, металізовану з однієї сторони запыленням алюмінію. Збереження температури у постраждалих при загортанні в ізотермічне покривало досягається внаслідок значного зменшення теплового випромінювання тіла металізованим шаром накидки. Тривалість захисту від переохолодження при температурі повітря -20°C – до 3 год. Можлива кількість використання – 1–3 цикли.

3. ЗАГАЛЬНІ ПРАВИЛА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1. Огляд місця події

1. Оглянути місце події та впевнитись у тому, що надання допомоги буде безпечним, забезпечити власну безпеку та безпеку людей навколо.

2. Оглянути місце події на наявність небезпечних речовин: рідин, газів, паливно-мастильних речовин. Якщо подія сталася з транспортним засобом, звернути увагу чи є ознаки його задимлення, чи стійкий він на дорозі, чи є ризик скочування на похилій площині, чи є інші небезпечні чинники. Слід перевірити, чи працює двигун транспортного засобу, який потрапив у дорожньо-транспортну пригороду. Переконатись, що ніщо не загрожує життю інших учасників події чи свідків.

3. Визначити точне розташування місця події. Це дасть можливість надати правильну інформацію під час виклику екстрених служб.

4. Визначити кількість постраждалих. Якщо постраждалих більше, ніж тих, хто може надавати допомогу, необхідно провести сортування постраждалих і визначити тих, кому допомога має бути надана в першу чергу. Це, насамперед, люди, які дихають, але є непритомними (не менше 2 дихальних рухів за 10 сек.), люди з інтенсивною кровотечею.

5. Якщо є постраждалі, незалежно від їх кількості і стану, необхідно відразу викликати бригаду ЕМД за номером 112. З цього моменту будуть задіяні також пожежно-рятувальна служба, Національна поліція України.

Первинний огляд – обстеження постраждалих, що спрямовано на виявлення та негайне усунення станів, які загрожують життю, наприклад, кровотеча, непрохідність дихальних шляхів. Фактично це одночасно огляд і надання домедичної допомоги.

Первинний огляд передбачає такі дії:

- гарантування безпеки на місці події;
- оцінка ситуації (що сталося, кількість постраждалих, які є наявні засоби та помічники для надання домедичної допомоги);
- швидкий огляд за схемою САВС (критична кровотеча → прохідність дихальних шляхів → дихання → кровообіг). Відповідно допомога надається в такій послідовності: зупинення критичної кровотечі → відновлення прохідності дихальних шляхів → забезпечення адекватного дихання → заходи боротьби з шоком;
- швидкий травмоогляд, що проводиться з метою виявлення основних травм/наслідків травм, які загрожують життю або потенційно можуть йому загрожувати.

Швидкий травмоогляд передбачає таку послідовність: голова → шия → грудна клітка → живіт → стегна → гомілки та стопи → плечі → передпліччя та кисті → спина. Проводяться візуальна оцінка та обережна пальпація сегментів тіла постраждалих у зазначеній послідовності.

Під час проведення швидкого травмоогляду оцінюють очевидні чи можливі травми. Це дає змогу розробити подальшу тактику надання домедичної допомоги та визначитися з її обсягом.

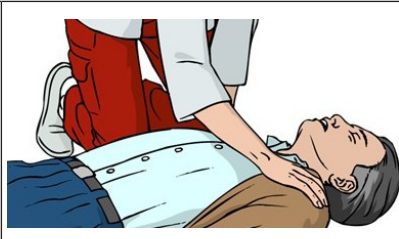
Обстеження		Ознаки	Обсяг допомоги	Обладнання
С (критична кровотеча)	- візуальна оцінка	- пульсуючий тип - пляма крові, що швидко збільшується - значне просочення одягу кров'ю	- зупинення кровотечі	- джгут - гемостатична марля - підручні засоби
А (прохідність дихальних шляхів)	- чути - бачити - відчувати	- відсутність дихання - травми обличчя - відсутність екскурсії грудної клітки - патологічні дихальні шуми/хрипи / булькотіння тощо	- відновлення за допомогою мануальних методів - відновлення за допомогою повітроводів	- носовий чи ротовий повітровід

В (адекватне дихання)	- чути - бачити - відчувати	- наявність травм - ознаки напруженого пневмотораксу	- накладання оклюзійної пов'язки	- оклюзійна пов'язка або підручні засоби
С (допомога у разі шоку, зупинення інших джерел кровотечі)	- візуальна оцінка	- відсутність дистального пульсу - порушення свідомості без явної черепно-мозкової травми	- протишоккове положення - попередження гіпотермії	- термоізоляційне покриття - ковдра

Повторний огляд фактично є первинним та проводиться за потреби з метою уточнення стану постраждалих у динаміці.

3.2. Техніка визначення в постраждалого свідомості

1. Доторкнутись до постраждалого – тактильний контакт;
2. Голосно звернутися до постраждалого із запитаннями: «З Вами все гаразд? Вам потрібна допомога?» – голосовий контакт.



3.3. Техніка відновлення прохідності дихальних шляхів

1. Покладіть одну руку на лоб постраждалому, а іншу – на підборіддя.
2. Одночасно, за допомогою обох рук, закиньте голову постраждалого та підніміть підборіддя – це дасть можливість повітрю надходити до легень.



3.4. Техніка визначення в постраждалого дихання

1. Підтримуючи дихальні шляхи відкритими, потрібно розташуватись біля постраждалого таким чином, щоб вухо та щока рятувальника знаходилась біля рота і носа постраждалого (чути дихальні шуми та відчувати подих) та одночасно (боковим зором) спостерігаючи за можливими рухами грудної клітки:

- наявність дихання визначається не більше 10 сек.;
- якщо за 10 сек. визначається менше 2 вдихів, – слід вважати, що постраждалий не дихає.

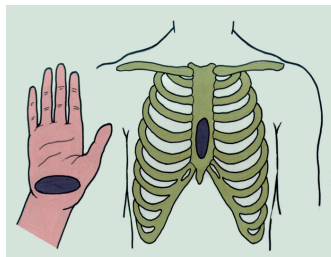


3.5. Техніка проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР)

Непрямий масаж серця:

1. Визначити місце натискання:

- точка натиснення – середина грудної клітки.



2. Провести спочатку 30 натискань на грудину обома руками:

- долоня над долонею в замок;
- глибиною не менше 5 см (не більше 6 см);
- частотою 100 натискань (не більше 120) за хвилину.



Штучне дихання:

1. Накласти маску-клапан.
 2. Затиснути ніс постраждалого та зробити вдих «рот до рота».
 3. Відпустити крила носа і повторити вдих, знову затискаючи ніс (виконання 2 вдихів повинно тривати не більше 5 сек.).
- За відсутності індивідуальних засобів захисту штучне дихання не виконується!*



Після 2 вдихів продовжити СЛР у співвідношенні: 30 компресій / 2 вдихи.

СЛР слід проводити до:

- прибуття бригади ЕМД;
- появи чітко виражених ознак життя (відновлення: дихання/свідомості/рухової активності);
- фізичного виснаження;
- появи небезпеки.

У разі вдало проведеної СЛР, – необхідно перевести постраждалого у стабільне положення. Не можна залишати постраждалого без нагляду до прибуття бригади ЕМД. В разі повторної зупинки серця до прибуття бригади ЕМД, – бути готовим до проведення СЛР.

3.6. Техніка переведення постраждалого в стабільне положення

1. Руку постраждалого, яка ближче до рятувальника, – перемістити до голови в розігнутому положенні.
2. Зігнути дальшу від рятувальника руку постраждалого в ліктьовому суглобі.
3. Підтримати своєю рукою руку постраждалого біля голови та шиї.



<p>4. Зігнути дальшу від рятувальника ногу постраждалого в колінному суглобі.</p> <p>5. Підтримуючи своєю рукою руку постраждалого біля голови та шиї, – другою рукою взяти за зігнуте коліно і перевернути постраждалого на себе.</p>	
<p>6. Повернути постраждалого на бік з виставленим вперед коліном так, щоб його стегно знаходилось під прямим кутом, – таким чином уникається перевертання постраждалого на живіт.</p>	
<p>7. У положенні, коли голова постраждалого знаходиться на його руці, нахилити його голову назад і відкрити рот.</p>	

3.7. Виклик бригади екстреної медичної допомоги

Диспетчеру вказуємо:

- точні координати місця, де відбулася пригода (орієнтири місця, шляхи під'їзду тощо);
- номер телефону, з якого робиться виклик та прізвище того, хто викликає;
- прізвище та ім'я постраждалого (при можливості);
- характер пригоди що сталася (падіння з висоти, ДТП тощо);
- стан постраждалого (свідомість, дихання, видимі пошкодження тощо);

-
- кількість постраждалих (приблизна загальна кількість та наявність серед постраждалих дітей);
 - характер допомоги, що надається (відкриття дихальних шляхів, СЛР, зупинка зовнішньої масивної кровотечі тощо).

Не кладемо слухавку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів Вас правильно!!!

4. НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Домедична допомога в разі раптової зупинки серця та серцевого нападу

Серцево-легенева реанімація (СЛР) – поєднання стискання грудної клітини (непрямий масаж серця) і штучного дихання («з рота в рот», «з рота в ніс»).

Якщо СЛР розпочати в перші хвилини після зупинки серця, – шанси на відновлення роботи серця складають більше ніж 85 %, через 10 хв. – менше ніж 10 %.

Три основні частини СЛР легко запам'ятовуються, як «СAB»:

- С (circulation) – кровообіг;
- А (airway) – дихальні шляхи;
- В (breathing) – дихання.

С (кровообіг). Для надходження крові до клітин головного мозку необхідно зробити 30 ритмічних натискань на грудину.

А (дихальні шляхи). Для відновлення дихання, – повітряні шляхи постраждалого повинні бути відкритими. Вони можуть блокуватися, коли постраждалий втрачає свідомість (западає язик), перекриватися їжею або стороннім предметом.

В (дихання). Штучне дихання необхідно виконувати одразу після 30 ритмічних натискань на грудину. Рятувальник, який виконує штучне дихання, безпосередньо вдихає повітря в легені постраждалого два рази до підйому його грудної клітини.

Рятувальник повинен знати основні ознаки життя, уміти чітко і швидко відрізнити непритомність від смерті (клінічна, біологічна).

Ознаки життя:

- наявність дихання;
- наявність кровообігу;
- наявність реакції зіниць на світло.

Відсутність ознак життя (дихання/свідомості/рухової активності) сигналізує про необхідність негайного проведення заходів по оживленню постраждалого.

Непритомність – стан короточасної втрати свідомості внаслідок раптового порушення мозкового кровообігу. Зазвичай перед втратою свідомості людина може відчувати: нудоту, слабкість, дискомфорт, шум у вухах тощо.

Клінічна смерть – короточасна перехідна стадія між життям і біологічною смертю.

Ознаки клінічної смерті:

- відсутність дихання;
- відсутність кровообігу;
- відсутність реакції зіниць на світло.

У цей короткий період ще можливе відновлення життєвих функцій за допомогою непрямого масажу серця і штучного дихання.

Біологічна смерть – припинення життєдіяльності організму (припинення дихання і кровообігу). Пізніше наступають незворотні процеси в клітинах головного мозку.

Задача 1.

Після закінчення футбольного матчу внаслідок зіткнення фанатів команд-суперниць відбулася бійка. Між двома групами фанатів випадково опинилися батько з сином (8 років) які намагалися вийти зі стадіону. В результаті випадкового удару в груди дитина впала і залишилась нерухою. Батько кинувся до дитини і почав кликати на допомогу.

Вирішення задачі:

Склад групи 8 осіб: 2 особи імітують постраждалих, решта – працюють рятувальниками.

Завдання рятувальників:

- оцінити стан постраждалого;

- обґрунтувати алгоритм своїх дій.

Правильні дії рятувальників:

При виконанні своїх дій рятувальники повинні бути впевнені в особистій безпеці.

Враховуючи ситуацію (некерований чисельний натовп, що прямує зі стадіону і є небезпечним як для самих рятувальників, так і для постраждалих), – командир відділення розподіляє обов'язки наступним чином:

1. Найбільш досвідчений рятувальник, проводить первинний огляд дитини:

- визначає наявність свідомості:

- голосно звернутися до постраждалого із запитаннями: «З Вами все гаразд? Вам потрібна допомога?» – голосовий контакт;
- доторкнутись до постраждалого – тактильний контакт.



2. Якщо постраждалий не реагує (постраждалий без свідомості):

- перевіряє та відновлює прохідність дихальних шляхів:

- покладіть одну руку на лоб постраждалому, а іншу – на підборіддя;
- одночасно, за допомогою обох рук, закиньте голову постраждалого та підніміть підборіддя – це дасть можливість повітрю надходити до легень.



- визначає наявність дихання (використовує прийом «чути, бачити, відчувати» протягом не більше 10 сек.):

- підтримуючи дихальні шляхи відкритими, потрібно розташуватись біля постраждалого таким чином, щоб вухо та щока рятувальника знаходилась біля рота і носа дитини (чути дихальні шуми та відчувати подих) та одночасно (боковим зором) спостерігаючи за можливими рухами грудної клітки:

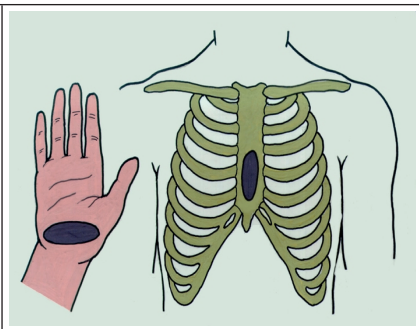
- наявність дихання визначається не більше 10 сек.;
- якщо за 10 сек. визначається менше 2 вдихів, – слід вважати, що дитина не дихає.



3. Якщо у постраждалого дихання відсутнє, – рятувальник робить 5 штучних вдихів, після чого повторно перевіряє наявність дихання, якщо дихання відсутнє, – терміново приступає до проведення СЛР:

- непрямий масаж серця:

- визначити місце натискання:
- точка натиснення – середина грудної клітки;

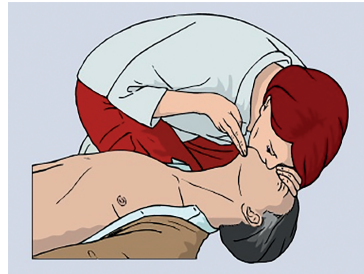


- якщо рятувальників двоє та більше: провести 15 натискань на грудину однією рукою:
- глибиною біля 5 см;
- частотою 100 натискань (не більше 120) за хвилину;
- якщо рятувальник один та не має помічників: провести 30 натискань на грудину однією рукою:
- глибиною біля 5 см;
- частотою 100 натискань (не більше 120) за хвилину.



- штучне дихання:

- накласти маску-клапан;
- затиснути ніс постраждалого та зробити вдих «рот до рота»;
- відпустити крила носа і повторити вдих, знову затискаючи ніс (виконання 2 вдихів повинно тривати не більше 5 сек.);
- після 2 вдихів продовжити СЛР у співвідношенні 15/2 (якщо рятувальників двоє та більше) або 30/2 (рятувальник один та не має помічників).



4. Одночасно інший рятувальник викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

5. Чотири рятувальники оточили постраждалих, гарантуючи їх безпеку.

6. Рятувальник проводить СЛР до появи ознак життя (відновлення: дихання/свідомості/рухової активності) або до прибуття

бригади ЕМД. Для повноцінного виконання СЛР, – рятувальники повинні мінятися місцями кожні 2 хв.

7. У разі вдало проведеної СЛР, – рятувальник переводить постраждалого у стабільне положення (див. загальні правила).

8. Рятувальник забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

9. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

10. В разі зупинки у постраждалого дихання, – рятувальник повторно викликає ЕМД (повідомляє про початок проведення СЛР) та проводить СЛР (див. загальні правила) до появи ознак життя (відновлення: дихання/свідомості/рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.

11. У разі вдало проведеної СЛР, – рятувальник переводить постраждалого у стабільне положення (див. загальні правила).

12. Не можна залишати постраждалого без нагляду до прибуття бригади ЕМД. В разі повторної зупинки серця до приїзду бригади ЕМД, – бути готовим до проведення СЛР.

Задача 2.

На станції метро чоловіку, років 40-45, що очікував прибуття потягу, стало погано. Він скаржиться на:

- стискаючий, тягнучий біль за грудиною з іррадіацією в ліву руку;

- відчуття страху;

- нудоту і запаморочення.

Об'єктивно:

- частота дихання більше 30 дихальних рухів/хв.;

- обличчя вкрите холодним потом.

Серед пасажирів опинився рятувальник, що їхав на службу.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник упевнився в безпечності місця події (див. загальні правила).

2. Розпочав проведення первинного огляду постраждалого (див. загальні правила). При первинному огляді постраждалого, –

виявлено ознаки серцевого нападу: рятувальник негайно викликав бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

3. За допомогою оточуючих, потрібно перемістити постраждалого на лавку, надавши зручне для нього положення.

4. Розстібнув стискаючий одяг (потрібно розстібнути комір та сорочку, послабити краватку) у постраждалого.

5. Запитав у постраждалого про прийом фармакологічних препаратів які рекомендовані його лікуючим лікарем (в наявності їх не виявилось).


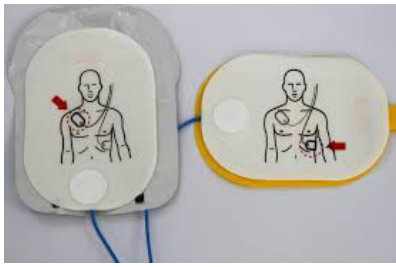

6. При можливості, рятувальник дає постраждалому розжувати таблетку аспірину (незалежно від прийому інших препаратів) за умови відсутності у нього алергічної реакції (але її не знайшлося).

7. Через деякий час, постраждалий втратив свідомість і став сповзати з лавки. При проведенні повторного огляду постраждалого виявилось, що він не дихає. До людей, що оточили постраждалого підбігла чергова по станції. Рятувальник, з огляду на відсутність дихання у постраждалого, – розпочинає проведення СЛР (див. загальні правила), звернувся до чергової з проханням принести автоматичний зовнішній дефібрилятор (АЗД) та повторно зателефонувати диспетчеру і повідомити про початок СЛР.

8. Після того, як АЗД доставлено, відкрити кришку дефібрилятора (якщо дефібрилятор не вмикається автоматично, увімкнути його самостійно, натиснувши на зелену кнопку).

9. Виконувати голосові вказівки АЗД.

4.1.1. Техніка використання
автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД)
під час проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР)

<ul style="list-style-type: none">- наклейте електроди на грудну клітку постраждалого (згідно маркування, якщо вона нанесена на електроди):	
<ul style="list-style-type: none">- місце розташування електродів на грудній клітці:- один електрод – нижче правої ключиці, поруч з грудиною;- інший електрод – нижче лівої пахви;	
<ul style="list-style-type: none">- дочекайтеся, поки АЗД не проведе аналіз ритму:- ніхто не повинен торкатись постраждалого, поки АЗД проводить аналіз;- для проведення дефібриляції (за вказівкою АЗД) натисніть кнопку розряду, що блимає:- ніхто не повинен торкатись постраждалого під час нанесення електричного розряду.	

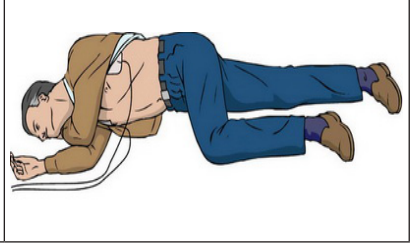
10. Після виконання дефібриляції, – продовжив проведення СЛР у співвідношенні: 30 компресій / 2 дихи.

Чергова по станції, яка теж володіла прийомами домедичної допомоги, проводила СЛР разом з рятувальником, змінюючи один одного кожні 2 хв. (під час проведення аналізу ритму АЗД).

Вони дотримувались голосових вказівок АЗД протягом всього часу проведення СЛР.

Реанімаційні заходи успішні (у постраждалого з'явилися ознаки життя):

- рятувальник та чергова перевели постраждалого в стабільне положення та забезпечили постійний нагляд за його станом до приїзду бригади ЕМД (електроди залишили на грудній клітці постраждалого).



В разі повторної зупинки серця до приїзду бригади ЕМД рятувальник та чергова по станції були готові до проведення СЛР з використанням АЗД.

Задача 3.

Одного ранку рятувальник прохідними дворами йшов до зупинки громадського транспорту (по дорозі на роботу) та побачив постраждалого приблизно 50 років, який сидів біля стіни будинку.

Правильні дії рятувальника:

1. Переконатися у відсутності небезпеки (див. загальні правила).
2. Визначити наявність свідомості (див. загальні правила).
3. Якщо постраждалий реагує:
 - за умови, що постраждалому нічого не загрожує, – перевести його в стабільне положення (див. загальні правила);
 - з'ясувати характер події, що сталася;
 - викликати бригаду ЕМД, повідомити диспетчеру інформацію про постраждалого відповідно до його запитань та виконати його вказівки (див. загальні правила);
 - забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

4. Якщо постраждалий не реагує:
 - звернутися до оточуючих за допомогою;
 - відновити прохідність дихальних шляхів (див. загальні правила);
 - визначити наявність дихання (див. загальні правила);
5. Якщо постраждалий дихає, при відсутності свідомості:
 - перевести постраждалого в стабільне положення (див. загальні правила);
 - викликати бригаду ЕМД (див. загальні правила);
 - забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.
6. Якщо постраждалий не дихає:
 - викликати бригаду ЕМД та повідомити про початок проведення СЛР (по можливості, з використанням АЗД) у співвідношенні: 30 компресій / 2 вдихи (див. загальні правила);
 - бажано замінювати особу, яка проводить компресії грудної клітки, кожні 2 хв.
7. Рятувальник проводить СЛР до появи ознак життя (відновлення: дихання/свідомості/рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.
8. У разі вдало проведеної СЛР, – рятувальник переводить постраждалого у стабільне положення (див. загальні правила).
9. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД. В разі повторної зупинки серця до приїзду бригади ЕМД бути готовим до проведення СЛР.

4.2. Домедична допомога в разі інсульту

Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу, що спричинює ушкодження тканин мозку і розлади його функцій.

До інсультів відносять:

- інфаркт мозку (ішемічний інсульт);
- крововилив у мозок (геморагічний інсульт);
- субарахноїдальний крововилив.

Інсульт – друга за частотою причина смерті людей в усьому світі.

Задача 1.

На території нафтобази в селі К., Київської обл. під час передачі зміни між рятувальними підрозділами сталася пожежа.

У рятувальника, який здавав зміну було помічено:

- раптове порушення мовлення, розуміння простих команд, запитань;
- порушення ходи, втрата рівноваги та координації;
- оніміння в руці та нозі з правого боку;
- раптова асиметрія обличчя;
- постраждалий перебуває в свідомості та нормально дихає.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник упевнюється в безпечності місця події для себе та постраждалого (див. загальні правила).
2. При проведенні первинного огляду постраждалого (див. загальні правила), – виникає підозра на інсульт.
3. Викликає бригаду ЕМД (див. загальні правила), пояснивши диспетчеру причину виклику.
4. Надає постраждалому горизонтального положення на спині (голова і плечі повинні бути припідняті).
5. Не можна давати постраждалому їсти та пити.
6. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.
7. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).
8. В разі зупинки у постраждалого дихання, – рятувальник повторно викликає ЕМД (повідомляє про початок проведення СЛР) та проводить СЛР (див. загальні правила) до появи ознак життя (відновлення: дихання/свідомості/рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.
9. У разі вдало проведеної СЛР, – рятувальник переводить постраждалого у стабільне положення (див. загальні правила).

10. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД. В разі повторної зупинки серця до приїзду бригади ЕМД, – бути готовим до проведення СЛР.

4.3. Домедична допомога в разі порушення прохідності дихальних шляхів – обструкції стороннім тілом

За клінічними даними, потрапляння сторонніх тіл до повітряноносних шляхів людини складає:

- до гортані – 12 %;
- трахеї – 8 %;
- бронхів – 70 %.

Особливо часто, сторонні тіла у повітряноносних шляхах зустрічаються в дитячому віці. Відсоток сторонніх тіл у бронхах дітей складає 36 %, при цьому вік дітей становить від 2 до 4 років. У 70 % випадків сторонні тіла потрапляють у правий бронх, оскільки він є більш широким і прямим.

Порушення прохідності дихальних шляхів – це патологічний стан, викликаний повною або частковою обструкцією (перекриттям/закупоркою) трахеї та бронхів стороннім предметом.

Асфіксія (задуха) – це патологічний стан, зумовлений гострою недостатністю кисню в організмі. Одна з причин асфіксії – перекриття дихальних шляхів стороннім тілом (механічна асфіксія).

Розрізняють повне та неповне порушення прохідності дихальних шляхів:

- ознаки повного порушення прохідності дихальних шляхів стороннім тілом – постраждалий не може дихати (хрипить), не може говорити, здійснює беззвучні спроби кашляти, може втратити свідомість;
- ознаки неповного порушення прохідності дихальних шляхів стороннім тілом – постраждалий може дихати, говорити та кашляти.

Задача 1.

Компанія відзначала день народження в ресторані. Одна людина, емоційно розмовляючи під час прийому їжі, раптово почервоніла, намагаючись вдихнути, хапала повітря «як риба». На запитання оточуючих «Ви вдалились?» – безпорадно жестикулювала руками.

Серед запрошених знаходився рятувальник, який володіє навичками надання домедичної допомоги.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник упевнюється в безпечності місця події для себе та постраждалого (див. загальні правила).

2. Визначити вид обструкції дихальних шляхів повторюючи запитання «Ви вдалились?».

3. Якщо постраждалий відповів на запит, – це часткова обструкція дихальних шляхів стороннім тілом:

- заохочує постраждалого зробити глибокий вдих та кашляти;
- не залишає постраждалого наодинці;

- якщо спроби відкашлятись були вдалими (прохідність дихальних шляхів відновлено) – оглядає постраждалого та викликає бригаду ЕМД (див. загальні правила).

4. Якщо постраждалий не відповідає на запит – це повна обструкція дихальних шляхів стороннім тілом:

- потрібно виконати прийом Гордона (5 ковзних ударів в міжлопаткову ділянку):

4.3.1. Техніка виконання прийому Гордона

- потрібно розташуватись з боку від постраждалого;
- постраждалого необхідно максимально нахилити вперед, притримуючи його при цьому однією рукою за грудну клітку (або живіт);
- в цьому положенні, – нанесіть постраждалому 5 різких, ковзних ударів в міжлопаткову ділянку;



- якщо за допомогою прийому Гордона не вдалось усунути обструкцію дихальних шляхів, потрібно виконати прийом Хеймліка (5 абдомінальних поштовхів):

4.3.2. Техніка виконання прийому Хеймліка

<ul style="list-style-type: none"> - потрібно розташуватись позаду постраждалого; - стисніть свою долоню в кулак (ховаючи в ньому великий палець) та розташуйте його на животі постраждалого (приблизно по середині між пупком та реберними дугами); - другою рукою обхопіть кулак; 	
<ul style="list-style-type: none"> - виконайте 5 різких абдомінальних поштовхів, спрямовуючи силу всередину та вгору (таким чином стискається грудна клітка і повітря, що залишилось в легенях, може виштовхнути стороннє тіло назовні). 	

5. Якщо обструкція дихальних шляхів таким чином одразу не усунена, – необхідно почергово повторювати: 5 ковзних ударів в міжлопаткову ділянку та 5 абдомінальних поштовхів.

6. Якщо вдалось усунути обструкцію дихальних шляхів, – потрібно забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

7. Якщо не вдалось усунути обструкцію дихальних шляхів (постраждалий втратив свідомість):

- необхідно, підтримуючи постраждалого, перемістити його в горизонтальне положення на спину;

- визначити наявність дихання (див. загальні правила) та при його відсутності – викликати бригаду ЕМД та розпочати проведення СЛР у співвідношенні: 30 компресій / 2 вдихи;

- після 30 компресій грудної клітки (перед проведенням штучного дихання) – слід провести ревізію порожнини рота на наявність стороннього тіла та за його візуалізацією – видалити його за допомогою одного пальця (як «гачок») або двох пальців (як «пінцет»).

8. Рятувальник проводить СЛР до появи ознак життя (відновлення: дихання/свідомості/рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.

9. У разі вдало проведеної СЛР рятувальник переводить постраждалого у стабільне положення (див. загальні правила).

10. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД. В разі повторної зупинки серця до приїзду бригади ЕМД бути готовим до проведення СЛР.

Неприпустимо:

- бити по спині постраждалого, який сидить або стоїть (стороннє тіло опускається, що ускладнює його видалення з дихальних шляхів);

- скасовувати виклик ЕМД після вдалого видалення стороннього тіла (при виконанні прийому Хеймліка можлива травма печінки, легенів, перелом ребер тощо).

Задача 2.

11 місячна дитина, бавлячись з ґудзиком на маминому халаті, відірвала його і взяла в рот. Помітивши відсутність ґудзика, мати намагалась відкрити рот дитині. Дівчинка зайшлася істеричним плачем і при вдиху ґудзик потрапив в дихальні шляхи. Дитина почала задихатися, безпорадно розмахувати руками, обличчя почервоніло. До кімнати вбіг батько – за фахом рятувальник, який володіє навичками надання домедичної допомоги.

Рятувальник визначає конкретні дії для мами – це виклик бригади ЕМД (див. загальні правила).

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник упевнюється в безпечності місця події для себе та постраждалого (див. загальні правила).

2. Якщо дитина не в змозі кашляти чи плакати, – це повна обструкція дихальних шляхів стороннім тілом:

- рятувальник розташовує її обличчям донизу на своєму лівому передпліччі з упором на своє ліве стегно;
- за допомогою середнього пальця лівої руки, рятувальник підтримує рот дитини відкритим;
- зовнішньою стороною зап'ястка обережно ковзаючими рухами здійснює 5 поштовхів у міжлопаткову ділянку;
- після виконання цього прийому в такому положенні дитини стороннє тіло випаде з рота на підлогу.



3. Якщо таким способом не вдалося видалити сторонній предмет:

- рятувальник переводить дитину в положення на спину на своєму правому передпліччі з упором на своє праве стегно головою до низу;
- виконує двома пальцями лівої руки 5 натискань на грудину між сосками.



4. Якщо обструкція дихальних шляхів таким чином одразу не усунена, – необхідно почергово повторювати: 5 ковзних поштовхів у міжлопаткову ділянку та 5 натискань на грудину між сосками.

5. Якщо вдалось усунути обструкцію дихальних шляхів, – потрібно забезпечити постійний нагляд за дитиною до приїзду бригади ЕМД.

6. Якщо не вдалось усунути обструкцію дихальних шляхів (дитина втратила свідомість, зникли дихальні рухи):

- необхідно, підтримуючи дитину, перемістити її в горизонтальне положення на спину;

- визначити наявність дихання (див. загальні правила) та при його відсутності – викликати бригаду ЕМД та розпочати проведення СЛР у співвідношенні: 15 компресій / 2 вдихи (якщо рятувальників два та більше) або 30 компресій / 2 вдихи (якщо рятувальник один та не має помічника);

- після компресій грудної клітки (перед проведенням штучного дихання) – слід провести ревізію порожнини рота на наявність стороннього тіла та за його візуалізацією – видалити його за допомогою одного пальця (як «гачок») або двох пальців (як «пінцет»).

7. Рятувальник проводить СЛР до появи ознак життя (відновлення: дихання/свідомості/рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.

8. У разі вдало проведеної СЛР, – рятувальник забезпечує постійний нагляд за дитиною до приїзду бригади ЕМД. В разі повторної зупинки серця до приїзду бригади ЕМД бути готовим до проведення СЛР.

4.4. Домедична допомога в разі травматичних пошкоджень

Травма – порушення цілісності структури і фізіологічних функцій тканин і органів під впливом зовнішніх агентів (механічних,

хімічних, променевих тощо), що супроводжується місцевою та загальною реакцією організму.

Забій – пошкодження тканин без порушення їх цілісності. Виникає внаслідок удару тупим предметом або ударом об предмет, дії повітряної хвилі (контузія).

Характеризується:

- болем;
- набряком;
- крововиливом.

Вивих – вид травми, за якої суглобовий кінець однієї кістки зміщується за межі суглобової поверхні іншої, котра разом з першою утворює суглобову «пару».

Основні ознаки:

- сильний біль;
- набряк м'яких тканин у місці травми;
- замінення пальців на травмованій кінцівці;
- напруженість м'яких тканин травмованої кінцівки;
- неприродне положення суглоба і кінцівки;
- порушення функції кінцівки.

Ні в якому разі не намагались вправити вивих – вправляти вивихи зобов'язаний медик!

Пошкодження зв'язок – пошкодження тканин з частковим їх розривом при збереженні їх анатомічної безперервності, що відбувається при надмірно сильних, не властивих даному суглобу рухах. Розтягнення зв'язок найбільш часта травма опорно-рухового апарату, з якою доводиться стикатись у повсякденному житті.

Перелом – часткове або повне порушення цілісності кістки, викликане впливом на неї механічної сили.

Переломи бувають:

- відкритими – з порушенням цілісності шкірних покривів та кровотечею;

- закритими – при яких шкірний покрив не порушений.
- В будь-якому випадку ознаками перелому є:
- сильний біль у місці перелому;
 - набряк м'яких тканин у місці травми;
 - напруженість м'яких тканин травмованої кінцівки;
 - деформація кінцівки;
 - неприродне положення кінцівки;
 - крепітація (хрускіт) у місці перелому;
 - неможливість або різка обмеженість рухів ушкодженої кінцівки;
- наявність рани, кровотечі, кісткові уламки в рані (відкритий перелом).

Синдром тривалого здавлення (позиційне стискання м'яких тканин) або краш-синдром (crush-syndrome) – специфічний варіант травми, пов'язаний з тривалим стисненням частини тіла постраждалого, в основі якого лежить ішемічний некроз м'язів, інтоксикація продуктами порушеного метаболізму з розвитком печінково-ниркової та дихальної недостатності.

Основні ознаки:

- змінення кольору кінцівки;
- зниження або повна відсутність чутливості;
- зниження температури кінцівки нижче ділянки стиснення.

Перелом кісток тазу – це одні з найтяжчих видів травми, що супроводжуються, як правило, шоком, масивною внутрішньою кровотечею і ушкодженням внутрішніх органів.

Основні ознаки:

- сильний біль у місці перелому;
- напруження м'язів живота;
- рухи в нижніх кінцівках порушені або зовсім неможливі;
- порушена свідомість;
- при пошкодженні органів «малого тазу» – можливе виділення крові з уретри або з піхви (у жінок) або з анального отвору;
- шок.

Види переломів таза:

1. Переломи з порушенням цілісності тазового кільця за механізмом виникнення.

Бокова (латеральна) компресія (наприклад, удар пішохода автомобілем). Внаслідок такої травми, – можуть додатково пошкоджуватись органи «малого тазу» (статеві органи, сечовий міхур або пряма кишка) і, як результат, – об'єм тазової порожнини зменшується. Частота – від 60 до 70 % всіх травм тазу.

Передньо-задня компресія (наприклад, притиснення постраждалого транспортним засобом). Внаслідок такої травми розривається лобкове зрощення (симфіз) і, як результат, – об'єм тазової порожнини зростає. Частота – від 15 до 20 % всіх травм тазу.

Вертикальне травмуюче зусилля (наприклад, падіння з висоти на ноги або сідниці) Внаслідок такої травми, – можливі пошкодження сечового міхура, статевих органів, прямої кишки, великих судин тощо. Частота – від 5 до 15 % всіх травм тазу.

Пряма травма (наприклад, від ударів твердим предметом або при падінні з опорою на ту чи іншу половину тазу) Частота – від 15 до 20 % всіх травм тазу.

Комбінований механізм пошкоджень. Частота – від 5 до 10 % всіх травм тазу.

2. Переломи без порушення цілісності тазового кільця, – вони, як правило не призводять ані до масивної внутрішньої кровотечі, ані до шоку.

Пошкодження хребта – це патологічний стан, що виникає в при порушення анатомічної цілісності кісток хребта. Відбувається під впливом сили, що викликає різкі і надмірні згинання хребта або при безпосередньому впливі сили (наприклад, падіння з висоти, здавлення важкими предметами, ДТП, пірнання в мілководдя тощо).

Ознаки пошкодження хребта:

- сильний біль або відчуття тиску в голові, шиї або спині;
- поколювання або втрата чутливості в пальцях рук та ніг;
- втрата рухових функцій кінцівок;
- деформація в області хребта;

- судоми;
- ускладнене дихання;
- втрата рівноваги.

Пошкодження очей – це травма органу зору різними факторами, що можуть викликати порушення його функції або втрату зору (одна з травм, що часто виникає при ДТП).

Кровотеча – витікання крові з кровоносних судин при порушенні цілості їх стінок.

Залежно від пошкоджень розрізняють:

- артеріальні кровотечі – кров витікає пульсуючим струменем («б'є фонтаном», пульсує), яскраво-червоного кольору;
- венозні кровотечі – кров безперервно витікає з рани, темно-червоного кольору (залежно від діаметру пошкодженої вени кровотеча може бути від незначної до інтенсивної);
- капілярні кровотечі – рівномірне просочування невеликої кількості крові з пошкодженої шкіри.

Окремо виділяють паренхіматозні кровотечі – це кровотеча, яка виникає внаслідок пошкодження внутрішніх органів таких як: печінка, селезінка, легені тощо.

Зупинка кровотечі за допомогою кровоспинного джгута типу САТ. Загальний вигляд даного кровоспинного джгута наведено нижче (див. рис. 27).



Рис. 27. Загальний вигляд кровоспинного джгута типу САТ

4.4.1. Техніка накладання турнікету однією рукою

Турнікет накладається однією рукою, як правило, в порядку самопомогі на верхню кінцівку (плече або передпліччя).

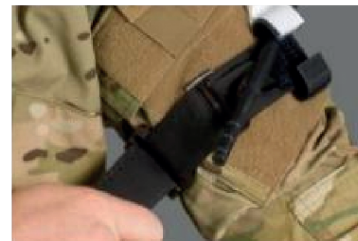
1. Просуньте ушкоджену кінцівку через петлю, яку утворює стрічка джгута.

2. Розташуйте турнікет таким чином:

- якщо рану можна візуалізувати, турнікет слід накладати на 5-7 см вище рани, яка кровоточить;
- якщо рану не можна візуалізувати, турнікет слід накладати якомога високо на плече або стегно.



3. Затягніть стрічку туго і міцно зафіксуйте її за допомогою липучки на зворотному боці.



4. Обмотуйте стрічку джгута тільки до місця розташування затиску для блокування важеля.



5. Поверніть важіль для того, щоб максимально затягнути стрічку джгута. Продовжуйте затягувати до тих пір, поки кровотеча не припиниться (як правило, достатньо не більше трьох півобертів важеля) і не зникне дистальний пульс.



6. Вставте важіль в затиск, що блокує його і не дозволяє джгуту послабитися. Перевірте і переконайтеся, що кровотеча не почалася знову і що дистальний пульс відсутній. Якщо кровотеча відновилася або визначається дистальний пульс, – дістаньте важіль із затиску, та затягуйте стрічку джгута до тих пір, поки кровотеча та/або пульс не зупиняться, а потім вставте важіль у затискач.



7. Обмотайте кінець стрічки поверх важеля, протягніть її в затиск і оберніть повністю навколо кінцівки.



8. Зафіксуйте важіль і стрічку джгута за допомогою фіксуючої стрічки. Запишіть незмивним маркером час накладення джгута. Тепер турнікет накладено належним чином і постраждалий готовий до транспортування. Якщо постраждалого не транспортують відразу, – періодично перевіряйте стан джгута.



4.4.2. Техніка накладання турнікету двома руками

Накладання турнікету обома руками виконується при взаємодопомозі, а при самодопомозі використовується при пораненнях нижніх кінцівок, коли потрібен більший тиск для зупинки кровотечі. Дворучне накладення джгута використовується також, якщо стрічка джгута забруднилася у зв'язку з тим, що карабін пряжки фіксує стрічку на місці і допомагає запобігти її ослабленню під час транспортування.

1. Обмотайте стрічку джгута навколо кінцівки постраждалого таким чином, щоб стрічка знаходилася вище місця поранення:

- якщо рану можна візуалізувати, турнікет слід накладати на 5-7 см вище рани;
- якщо рану не можна візуалізувати, турнікет слід накладати якомога високо на стегно.



2. Просуньте червоний кінчик стрічки джгута через внутрішній проріз карабінної пряжки і туго затягніть стрічку джгута, – карабінна пряжка зафіксує джгут на місці.



3. Затягніть стрічку дуже туго і міцно зафіксуйте її за допомогою липучки на зворотному боці. Обмотуйте стрічку джгута тільки до місця розташування затиску для блокування важеля.



4. Поверніть важіль для того, щоб максимально затягнути стрічку джгута. Продовжуйте затягувати до тих пір, поки кровотеча не припиниться (як правило, достатньо не більше трьох півобертів важеля) і не зникне дистальний пульс.



5. Вставте важіль в затиск, що блокує його і не дозволяє джгуту послабитися. Перевірте і переконайтеся, що кровотеча не почалася знову і що дистальний пульс відсутній. Якщо кровотеча відновилася або визначається дистальний пульс, – дістаньте важіль із затиску, та затягуйте стрічку джгута до тих пір, поки кровотеча та/або дистальний пульс не зупиняться, а потім вставте важіль у затискач.

Якщо кровотеча відновилася або визначається дистальний пульс, – накладіть другий джгут вище попереднього.

Наклавши другий джгут, зробіть огляд і переконайтеся, що кровотеча зупинена і дистальний пульс відсутній. Не знімайте перший джгут.

Якщо накладання другого джгута не призвело до зупинки артеріального кровотечі, – транспортуйте постраждалого якомога швидше.



6. Обмотайте кінець стрічки поверх важеля, протягніть її в затиск і оберніть повністю навколо кінцівки. Зафіксуйте важіль і стрічку джгута за допомогою фіксувальної стрічки. Запишіть незмивним маркером час накладення джгута. Тепер турнікет накладено належним чином і постраждалий готовий до транспортування. Якщо постраждалого не транспортують відразу, – періодично перевіряйте стан джгута.



ЗБЕРІГАННЯ ТУРНИКЕТУ:

<p>1. Просуньте червоний кінчик стрічки джгута через внутрішній проріз карабінної пряжки.</p> <p>2. Простягніть 15 см стрічки джгута через проріз, оберніть стрічку джгута в протилежному напрямі і закріпіть стрічку на її зворотній стороні.</p>	
<p>3. Розпряміть петлю, яку утворює стрічка джгута, помістивши карабінну пряжку всередині випрямленої стрічки джгута і складіть турнікет навпіл так, щоб пряжка була на одному кінці.</p>	
<p>4. Турнікет готовий до того, щоб його склали в аптечку або закріпили на амуніції у визначеному місці.</p>	

Зупинка кровотечі за допомогою кровоспинного джгута типу ЕСМАРХ

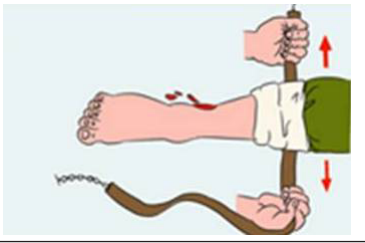

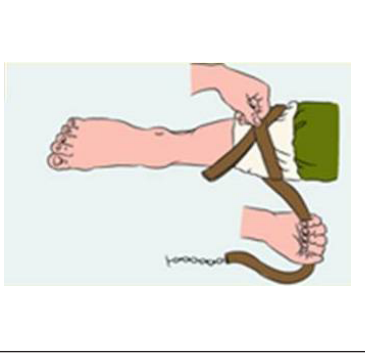

Кровоспинний джгут накладають якомога вище рани:

- якщо рану можна візуалізувати, джгут слід накладати на 5-7 см вище рани;

- якщо рану не можна візуалізувати, джгут слід накладати якомога високо на плече або стегно.

Не можна накладати джгут у середній третині стегна через небезпеку компресії нерва і розвитку (згодом) паралічу нижньої кінцівки.

4.4.3. Техніка накладання кровоспинного джгута типу Есмарх

<p>1. Джгут завжди накладають поверх одягу.</p> <p>2. Спочатку джгут необхідно завести під травмовану кінцівку та максимально розтягнути.</p>	
<p>3. Першим циркулярним обертом здійсніть максимальне розтягнення джгута. Обертаючи джгут навколо травмованої кінцівки, – не послабляйте тиск.</p>	
<p>4. Продовжуйте затягувати джгут до тих пір, поки кровотеча не припиниться, після чого, – зробіть 2-3 оберти без тиску та зафіксуйте джгут за допомогою стандартних фіксаторів або шляхом зав'язування вільних кінців.</p> <p>5. Перевірте і переконайтеся, що кровотеча не почалася знову і що дистальний пульс відсутній.</p>	
<p>6. Залишіть папірець з написом часу накладання кровоспинного джгута (за відсутності паперу – запишіть час накладання джгута на самому джгуті).</p> <p>7. На рану накладіть чисту, стерильну серветку.</p>	

Якщо кровоспинний джгут накладено правильно, то кровотеча припиняється, дистальний пульс на травмованій кінцівці не визначається і кінцівка блідне.

Зупинка кровотечі за допомогою імпровізованого кровоспинного джгута

Якщо немає стандартного кровоспинного джгута, то для зупинки кровотечі треба вміти використовувати імпровізований джгут (закрутку), яку можна зробити з будь-якої достатньо міцної, широкої, не еластичної тканини.

4.4.4. Техніка накладання імпровізованого кровоспинного джгута (закрутки)

<p>1. Як і при накладанні кровоспинного джгута, місце, де накладається закрутка, захищають м'якою прокладкою (одягом).</p>	
<p>2. Закрутку намотують на кінцівку, вільні кінці зав'язують вузлом та у кільце, що утворилося, вставляють палицю і за її допомогою закручують кільце.</p>	
<p>3. Продовжуйте закручувати кільце до тих пір, поки кровотеча не припиниться. 4. Після припинення кровотечі з рани, – палицю фіксують бинтом або іншим способом. 5. Перевірте і переконайтеся, що кровотеча не почалася знову і що дистальний пульс відсутній. 6. Залишіть папірець з написом часу накладання імпровізованого кровоспинного джгута (закрутки).</p>	

Якщо імпровізований джгут накладено правильно, то кровотока припиняється, дистальний пульс на травмованій кінцівці не визначається.

Задача 1.

Свідки падіння постраждалої з IV поверху на дах прибудови викликали бригаду ЕМД та рятувальників. Рятувальники на місце події приїхали першими, через 10 хв. з моменту дзвінка.

Правильні дії рятувальника:

1. Командир відділення розподіляє дії рятувальників у залежності від їх компетенції.

2. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалої (див. загальні правила).

Виявлено наступне:

- постраждала знаходиться без свідомості;
- дихання поверхневе, частота – 20 вдихів/хв.;
- також виявлено:
 - деформацію (набряк) в ділянці обох гомілково-ступневих суглобів, лівому стегні та лівому передпліччі;
 - в ділянці лівого гомілково-ступневого суглобу рана розмірами 1 × 2 см, з рани повільно витікає темна кров.

3. Накладають шийний комірць з одночасною фіксацією голови і шиї руками.

4. Забезпечують прохідність дихальних шляхів.

5. Зупиняють венозну кровотечу шляхом накладання пов'язки, що тисне.

6. Іммобілізують пошкоджені кінцівки:

- при переломі (вивиху) нижньої кінцівки, її знерухомлюють вище та нижче місця травми і за відсутності стандартних шини (див. рис. 28) чи підручного засобу прив'язує у двох-трьох місцях до неушкодженої кінцівки (див. рис. 29);

- прикладає холод на місце пошкодження (поліетиленовий пакет з льодом, пляшка з холодною водою тощо):

- не слід прикладати холод безпосередньо на шкіру;
- не слід прикладати холод на термін більше 15 хв.



Рис. 28. Спосіб фіксації перелому кісток нижньої кінцівки за допомогою стандартної шини

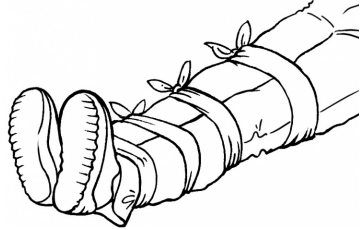


Рис. 29. Спосіб фіксації нижніх кінцівок за відсутності стандартних шин

7. Організують евакуацію постраждалої з даху прибудови на довгій транспортувальній дошці (див. мал 30).



Рис. 30. Спосіб фіксації постраждалого на довгій транспортувальній дошці

8. Після зняття з даху прибудови, – проводить повторний огляд постраждалої (див. загальні правила).

9. Вкривають постраждалу термопокривалом.

10. Постійно наглядають за станом постраждалої до приїзду бригади ЕМД.

11. При погіршенні стану постраждалої до приїзду бригади ЕМД, – повторно телефонують диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 2.

До диспетчера ЕМД надійшов виклик, що в каналізаційному люку виявлено постраждалого 45-50 років. Постраждалий без свідомості. Дані за можливі пошкодження відсутні. Викликано на допомогу рятувальників.

Правильні дії рятувальника:

1. Командир відділення розподіляє дії рятувальників в залежності від їх компетенції.

2. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, спускається в люк і розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

3. Визначає наявність дихання (див. загальні правила), фіксує шийний відділ хребта:

- за відсутності дихання, – терміново проводять евакуацію постраждалого з каналізаційного люку та розпочинають проведення СЛР (див. загальні правила).

4. Якщо виявлена масивну зовнішню кровотеча – рятувальник одягає рукавички і в першу чергу її зупиняє:

- накладає кровоспинний джгут (див. «Техніка накладання кровоспинного джгута»).

5. За допомогою інших рятувальників проводить евакуацію постраждалого з каналізаційного люку на транспортувальній дошці та накладають на рану чисту, стерильну серветку, здійснює тиск безпосередньо на рану, накладає на рану пов'язку, що тисне.

6. Командир проводить вторинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

7. Вкриває постраждалого термопокривалом.

8. Постійно наглядає за станом постраждалого до приїзду бригади ЕМД.

9. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД. В разі повторної зупинки серця до приїзду бригади ЕМД, – бути готовим до проведення СЛР.

Задача 3.

Після вибуху, в уламках будинку виявлено постраждалого 38 років. Постраждалий у свідомості, скаржиться на біль в правій нижній кінцівці. Права нижня кінцівка затиснута уламками на рівні нижньої третини стегна. З моменту вибуху пройшла 1 година.

Правильні дії рятувальника:

1. Командир відділення розподіляє дії рятувальників у залежності від їх компетенції.

2. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

3. Один з рятувальників викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

4. Інший рятувальник:

- в першу чергу накладає кровоспинний джгут (турнікет) на праве стегно перед звільненням кінцівки з під уламків (з метою уникнення травматичного токсикозу у зв'язку з позиційним стиснення м'яких тканин) (див. «Техніка накладання турнікету двома руками»);

- якщо з моменту стиснення пройшло понад 10 хв. (або час невідомий) не рекомендовано звільняти стиснуту частину без накладання кровоспинного джгута.

5. Якщо після звільнення кінцівки виявлено рану, – потрібно накласти на неї чисту, стерильну пов'язку.

6. Якщо після звільнення кінцівки виявлено перелом, – потрібно іммобілізувати травмовану кінцівку за допомогою стандартних шин:

4.4.5. Техніка іммобілізації переломів кісток

- визначте розмір шини, що буде достатнім для фіксації двох суглобів: вище та нижче від місця перелому та надайте їй необхідної фізіологічної форми на непошкодженій кінцівці постраждалого;

- з урахуванням локалізації травми (нижня кінцівка) потрібно знерухомити всі три суглоби, а саме: гомілково-ступневий колінний та кульшовий;



- накладіть шину на травмовану кінцівку та зафіксуйте її за допомогою бинта по всій довжині її накладання;

- іммобілізацію слід виконувати в такому положенні, в якому знаходиться кінцівка;

- не варто намагатися зіставити уламки кісток (існує небезпека завдати додаткових пошкоджень);

- не треба знімати взуття та одяг з пошкодженої кінцівки (при необхідності, – слід їх розрізати ножицями).



7. За допомогою інших рятувальників, евакуюють постраждалого на довгій транспортувальній дошці в безпечне місце (див. рис. 30).

8. Командир проводить вторинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

9. Вкриває постраждалого термопокривалом.
10. Постійно наглядають за станом постраждалого до приїзду бригади ЕМД.
11. При погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно телефонують диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 4.

Постраждалий, перелазячи через огорожу, не втримав рівновагу, впав та нанизався животом на уламок арматури. Самостійно звільнитися не може. Скаржиться на сильні болі в животі, особливо в ділянці рани. Свідок викликав бригаду ЕМД та рятувальників.

Правильні дії рятувальника:

1. Командир відділення розподіляє дії рятувальників у залежності від їх компетенції.
2. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).
3. Один з рятувальників уточнює у свідка, чи телефонували 103, якщо ні – то самостійно викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).
4. При огляді постраждалого: має місце проникаюча травма живота з наявністю стороннього тіла.
5. Намагаючись не завдати додаткових пошкоджень постраждалому, інші рятувальники обережно відрізають частину уламка арматури, використовуючи спецзасоби.
6. На рану накладають стерильну пов'язку та виконують фіксацію частини арматури, яка залишилася в тілі. Для цього, на виступаючу частину арматури накладають об'ємну серветку, поверх якої – пов'язку для фіксації стороннього тіла.
7. Вкривають постраждалого термопокривалом.
8. Постійно наглядають за станом постраждалого до приїзду бригади ЕМД.

9. При погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно телефонують диспетчеру (див. загальні правила).

Неприпустимо:

- виймати з рани сторонні предмети;
- вправляти внутрішні органи в черевну порожнину.

Задача 5.

Виконуючи роботи із розбирання завалів, рятувальник «болгаркою» поранив собі грудну клітку. Постраждалий у свідомості, скаржиться на задишку, біль в ділянці рани.

Об'єктивно:

- рана до 15 см довжиною та 3 см шириною розміщена в лівій половині грудної клітки;
- з рани виділяється піниста кров та чути свистячий звук.

Його напарник, також за фактом рятувальник, терміново приступив до надання домедичної допомоги.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці.
2. Проводить первинний огляд постраждалого (див. загальні правила), визначає у постраждалого проникаючу травму грудної клітки.
3. Викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).
4. Накладає оклюзійну пов'язку на рану грудної клітки:

4.4.6. Техніка накладання оклюзійної пов'язки

Після глибокого видиху, який робить постраждалий, рятувальник на рану грудної клітки накладає:

- стандартну (див. рис. 31 та 32);



Рис. 31. Стандартна оклюзійна пов'язка без клапана



Рис. 32. Стандартна оклюзійна пов'язка з клапаном

або

- імпровізовану:

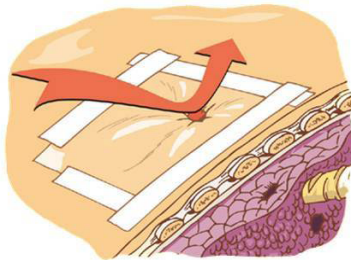
4.4.7. Техніка накладання імпровізованої оклюзійної пов'язки

- накладає на рану чисту, стерильну серветку та матеріал, який не пропускає повітря (наприклад, шматок поліетиленового пакета, пластикова обгортка тощо);

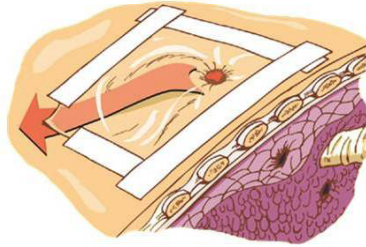
- фіксує пов'язку лейкопластиром, залишивши один її край вільним:



- повітря не буде надходити в рану під час вдиху;



- повітря зможе виходити під час видиху;
- якщо після накладання пов'язки стан постраждалого погіршився, – оклюзійну пов'язку потрібно зняти (ймовірно вона провокує розвиток напруженого пневмотораксу), а на рану накласти чисту, стерильну серветку.



6. Надає постраждалому зручне, напівсидяче положення.

7. Вкриває постраждалого термопокривалом.

8. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

9. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 6.

Постраждалий на будівельному майданчику впав із висоти 2 м та лівим стегном (середня третина) нанизався на великий уламок арматури. Постраждалий в свідомості, скаржиться на біль у лівому стегні. У постраждалого критична кровотеча. Свідок викликав рятувальників та бригаду ЕМД.

Правильні дії рятувальника:

1. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого згідно протоколу САВС.

2. При огляді постраждалого: має місце масивна зовнішня кровотеча:

- рятувальник зупиняє її за допомогою кровоспинного джгута типу Есмарх (див. «Техніка накладання кровоспинного джгута типу Есмарх»).

3. Інший рятувальник уточнює у свідка, чи телефонували 103, якщо ні – то самостійно викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

4. Тільки після зупинки критичної кровотечі, – рятувальник продовжує огляд постраждалого згідно протоколу САВС.

5. Фіксує шийний відділ хребта за допомогою шийного комірця чи руками.

6. Намагаючись не завдати додаткових пошкоджень постраждалому, інші рятувальники обережно відрізають частину уламка арматури, використовуючи спецзасоби.

7. На рану накладають стерильну пов'язку та виконують фіксацію частини арматури, яка залишилася в тілі. Для цього, на виступаючу частину арматури накладають об'ємну серветку, поверх якої – пов'язку для фіксації стороннього тіла.

8. Вкриває постраждалого термопокривалом.

9. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

10. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 7.

При виконанні рятувальниками пожежогасіння виробничого приміщення відбувся вибух. Один з рятувальників отримав осколкове поранення лівого ока.

Об'єктивно:

- в лівому оці виявлено стороннє тіло (розміром 0,5 × 0,2 см);
- з ока повільно крапає кров;
- постраждалий у свідомості.

Правильні дії рятувальника:

1. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого.

2. Інший рятувальник допомагає постраждалому зайняти найбільш зручне положення.

3. При пошкодженні очей та наявності стороннього предмета:
- не видаляє сторонній предмет;
 - накладає на око захисний щиток (див. рис. 33) та закріплює його лейкопластиром;

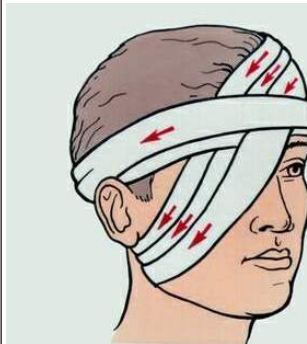



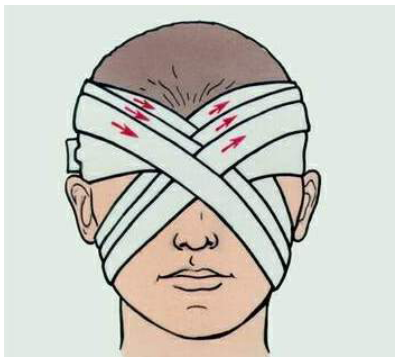
Рис. 33. Захисний щиток на око

- накладає на обидва ока хрестоподібну пов'язку:

4.4.8. Техніка накладання хрестоподібної пов'язки на обидва ока

- стає навпроти постраждалого;
- бере бинт у праву руку «брюшком» догори;
- накладає закріплюючий тур навколо голови, закриваючи лобні бугри спереду та потиличні ззаду, закінчує бинтування на потилиці;
- опускає бинт та проводить його під мочкою правого вуха через щок вгору, закриваючи праве око;



<ul style="list-style-type: none">- веде бинт навколо голови, закінчуючи бинтування на лобі;- проводить бинт з лобної ділянки під мочкою лівого вуха на потилицю;	
<ul style="list-style-type: none">- повторює процедуру накладання бинта з протилежної сторони таким же чином;- фіксує пов'язку туром навколо голови;- розрізає бинт по довжині ножицями від постраждалого, відрізає, перехрещує між собою кінці бинта, обводить навколо голови, зав'язує на вузол, рештки бинта відрізає).	

5. Якщо з очного яблука відбувається витік рідини, не промиває та не накладає пов'язки, не тисне на очі з метою зупинки кровотечі.

6. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

7. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 8.

Постраждалий, гойдаючись на «тарзанці», впав головою вниз з висоти близько 2 метрів.

Об'єктивно:

- постраждалий у свідомості;
- скаржитись на біль у шийному відділі хребта та головний біль;
- з рани голови тече кров.

Товариш викликав рятувальників, оскільки їх частина знаходилася недалеко від місця пригоди.

Правильні дії рятувальника:

1. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

2. Інший рятувальник викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

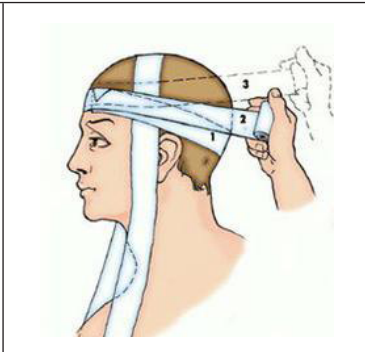
3. Фіксують шийний відділ хребта (шийний комірець, м'яка шина або фіксація руками).

4. При первинному огляді постраждалого, – виявлено рану в області голови, з якої тече кров:

- накласти чисту, стерильну пов'язку на рану голови у вигляді «чіпця»:

4.4.9. Техніка накладання пов'язки на рану голови у вигляді «Чіпця»

- від бинта відірвати відрізок довжиною близько 1 м і покласти його на тім'я;
- кінці бинта спустити вертикально вниз попереду вухних раковин і підтримувати у натягнутому стані;
- навколо голови зробити круговий закріплювальний хід, а потім, дійшовши до вертикальної смуги, бинт обгорнути навколо неї і вести під кутом на потилицю;



<p>- чергуючи ходи бинта через потилицю і лоб та кожний раз спрямовуючи його більш вертикально, закрити усю поверхню волосистої частини голови і лоб;</p>	
<p>- після цього двома-трьома круговими турами бинта навколо голови закріпити пов'язку; - кінці бинта зав'язати під підборіддям.</p>	

5. Підтримати постраждалого психологічно.
6. Вкриває постраждалого термопокривалом.
6. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.
7. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 9.

Постраждалому циркулярною пилою відрізало 2 пальці руки, з рани витікає кров, він знепритомнів. Підприємство, де сталася дана пригода, знаходиться через дорогу від ДПРЧ. Свідки викликали ЕМД та рятувальників. Рятувальники прибули першими.

Правильні дії рятувальника:

1. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

2. При первинному огляді постраждалого:

- визначити наявність свідомості (див. загальні правила);
- визначити наявність дихання (див. загальні правила).

3. Запитати у свідків, чи була викликана бригада ЕМД, якщо ні – викликати бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

4. Якщо у постраждалого відсутнє дихання, – розпочати проведення СЛР (див. загальні правила).

5. Зупинити наявну зовнішню кровотечу за допомогою кровоспинного джгута (див. «Техніка накладання кровоспинного джгута типу Есмарх» або «Техніка накладання турнікету однією рукою»).

6. Накласти чисту, стерильну пов'язку на культю.

7. Надати постраждалому протишокове положення.

8. Знерухомити культю.

9. Вкрити постраждалого термопокривалом/покривалом.

10. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до прибуття бригади ЕМД.

11. Знайти ампутовані пальці.

12. Завернути ампутовані пальці в стерильну марлю/чисту тканину.

13. Помістити ампутовані пальці в поліетиленовий пакет (по можливості видалити з нього повітря).

14. Помістити пакет в ємність, заповнену холодною водою/льодом.

15. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 10.

На дорозі, неподалік від невеликого міста, внаслідок ожеледиці водій рейсового автобуса не впорався з керуванням. Автобус перекинувся і потрапив до кювету (у автобусі знаходилось 11 людей разом з водієм).

Одразу ж у місця події зупинився мікроавтобус і легковий автомобіль. Свідки події викликали рятувальників і ЕМД.

Водію мікроавтобуса вдалося відчинити двері рейсового автобуса, вимкнути двигун та знеструмити його. Орієнтовно за 10 хв. на місце події прибув підрозділ рятувальників.

Правильні дії рятувальників:

1. Командир підрозділу переконався у відсутності небезпеки для рятувальників та оточуючих (див. загальні правила) та розподілив дії рятувальників у залежності від їх компетенції. Після чого рятувальники, застосовуючи спецзасоби, відкрили доступ до салону маршрутки через бокові вікна. Командир підрозділу, як найбільш досвідчений, визначив кількість постраждалих і першочерговість надання домедичної допомоги.

2. Командир підрозділу уточнив, чи викликана ЕМД, якщо ні, – викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

3. Визначив кількість постраждалих, залучив до надання допомоги осіб, які були у мікроавтобусі.

4. Серед постраждалих 2 осіб які не потребували надання домедичної допомоги:

- їх евакуюють пішки з місця пригоди у безпечне місце;
- забезпечують постійний нагляд за постраждалими до приїзду бригади ЕМД;
- надають психологічну підтримку:
 - у одного постраждалого: безглуздий хаотичний руховий неспокій, відчуття виснаженості та нереальності;
 - у другого – емоційна віддаленість від оточення;
- рятувальник ізолює їх від надлишкової уваги оточуючих;
- заспокоює постраждалих: «Вас не залишать до прибуття бригади ЕМД»;

- спілкується з постраждалими спокійно, адекватно оцінюючи їх побажання та дії;
- відволікає їх від негативних думок та намірів;
- переконує постраждалих, що необхідна допомога буде надана вчасно та професійно;
- забезпечує постійний нагляд за постраждалими до приїзду бригади ЕМД;
- при погіршенні стану одного з постраждалих до приїзду ЕМД, – повторно телефонує диспетчеру.

5. Решта постраждалих потребує надання домедичної допомоги:

- в першу чергу один з рятувальників надає домедичну допомогу постраждалому з травматичною ампутацією чотирьох пальців лівої руки:
 - проводить огляд постраждалого (див. загальні правила);
 - постраждалий в свідомості та дихає, у нього артеріальна кровотеча з кінцівки, шоківий стан;
 - накладає стандартний або імпровізований кровоспинний джгут на ліве передпліччя (див. «Техніка накладання турнікету однією рукою» або «Техніка накладання кровоспинного джгута типу Есмарх» або «Техніка накладання імпровізованого кровоспинного джгута (закрутки)»);
 - накладає чисту, стерильну пов'язку на кисть;
 - надає постраждалому протишокове положення;
 - знерухомлює ліву верхню кінцівку;
 - вкриває постраждалого термопокривалом;
 - забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД;
- в той час, інший рятувальник:
 - знаходить ампутовані пальці;
 - загортає їх в стерильну марлю/чисту тканину;
 - кладе ампутовані пальці в поліетиленовий пакет (видаливши з нього повітря);
 - поміщає пакет в ємність, заповнену холодною водою/льодом;

- в разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно телефонує диспетчеру (див. загальні правила).
- серед постраждалих виявлено п'ятеро постраждалих з підозрою на ушкодження хребта, у зв'язку з цим:
 - рятувальники проводять огляд постраждалих, визначають наявність свідомості та дихання (див. загальні правила);
 - у одного з постраждалих виявлено відсутність дихання;
 - відновлюють прохідність дихальних шляхів (див. загальні правила);
 - розпочинають проведення СЛР (див. загальні правила);
 - четверо постраждалих у свідомості, їх шийний відділ хребта зафіксовано за допомогою шийного комірця (див. «Техніка накладання шийного коміру»);
 - всіх постраждалих з підозрою на ушкодження хребта рятувальники залишають у початковому положенні в очікуванні приїзду бригад ЕМД;
 - готують довгі транспортувальні дошки для фіксації та транспортування постраждалих до машин ЕМД (див. рис. 30);
 - забезпечують постійний нагляд за постраждалими до приїзду бригад ЕМД;
 - вкривають постраждалих термопокривалом;
 - забезпечують психологічну підтримку.
- враховуючи стан водія, який скаржитися на сильний біль і відчуття тиску в голові, порушення зору, нудоту та блювоту; враховуючи рану та синці в ділянці голови та обличчя, сплутаність свідомості, – командир відділення підозрює у нього наявність черепно-мозкової травми:
 - рятувальник, визначений командиром фіксує шийний відділ хребта шийним комірцем (див. «Техніка накладання шийного коміру»);
 - накладає пов'язку на рану голови (див. «Техніку накладання пов'язки на рану голови у вигляді «чипця»»);
 - вкриває постраждалого термопокривалом;
 - підтримує постраждалого психологічно;
 - забезпечує постійний нагляд за постраждалим до прибуття бригади ЕМД;

- при погіршенні стану постраждалого, – негайно телефонує до диспетчера, дотримуючись його рекомендацій;
- евакуює постраждалого, за допомогою інших рятувальників, на довгій транспортувальній дошці до машини ЕМД (див. рис. 30);
- проводячи подальший огляд постраждалих, – командир відділення виявляє двох постраждалих з травмами кінцівок:
 - у першого постраждалого:
 - наявність рани в області гомілки без масивної зовнішньої кровотечі;
 - біль в області рани;
 - порушення функції ушкодженої кінцівки;
 - неприродне положення кінцівки;
 - патологічна рухливість у кінцівці;
 - крепітація (хрускіт) у місці перелому;
 - наявність уламків кістки в рані;
 - рятувальник, призначений командиром відділення:
 - проводить огляд постраждалого (див. загальні правила);
 - визначає наявність свідомості (див. загальні правила), – постраждалий в свідомості;
 - визначає наявність дихання (див. загальні правила) – постраждалий дихає;
 - розрізає одяг над раною;
 - накладає стерильну, чисту пов'язку на рану;
 - допомагає постраждалому прийняти зручне положення (таке, яке завдає найменше болю);
 - іммобілізує (знерухомлює) пошкоджену кінцівку за допомогою стандартного обладнання (шин) чи підручних засобів (див. «Техніку іммобілізації переломів кісток»);
 - вкриває постраждалого термопокривалом;
 - забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД;
 - при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно телефонує диспетчеру дотримуючись його рекомендацій;

- у другого постраждалого:
- неприродне положення правого передпліччя;
- біль в області рани/деформації кінцівки;
- патологічна рухливість в кінцівці;
- кріпотація (хрускіт) в місці перелому;
- гематома в області перелому (збільшення кінцівки в об'ємі);
- порушення функцій ушкодженої кінцівки;
- рятувальник, призначений командиром відділення:
 - проводить огляд постраждалого (див. загальні правила);
 - визначає наявність свідомості (див. загальні правила), – постраждалий в свідомості;
 - визначає наявність дихання (див. загальні правила) – постраждалий дихає;
 - допомагає постраждалому прийняти зручне положення (таке, яке завдає найменше болю);
 - іммобілізує (знерухомлює) пошкоджену кінцівку за допомогою стандартного обладнання (шин) чи підручних засобів (див. «Техніку іммобілізації переломів кісток»);
 - вкриває постраждалого термопокривалом;
 - постійно наглядає за станом постраждалого до приїзду бригади ЕМД;
 - при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД повторно телефонує диспетчеру дотримуючись його рекомендацій.

4.5. Домедична допомога в разі дорожньо-транспортних пригод

Дорожньо-транспортна пригода (ДТП) – це подія, що сталася під час руху транспортного засобу, внаслідок якої транспортний засіб пошкоджено і можуть бути травмовані або загинуть люди.

Основними причинами смерті постраждалих при ДТП є наступні фактори:

- травми, не сумісні з життям – 20 %;
- затримка надання медичної допомоги – 10 %;
- бездіяльність або неправильні дії очевидців ДТП – 70 %.

Основні наслідки при ДТП:

Раптова зупинка серця і дихання – клінічна смерть.

Шок – це гостра недостатність життєво важливих систем організму, перш за все, дихальної і серцево-судинної, тобто, стан, який безпосередньо загрожує життю.

Черепно-мозкова травма – це стан, що виникає внаслідок травматичного ушкодження головного мозку, його оболонок, судин, кісток черепа та зовнішніх покривів голови.

Ознаки черепно-мозкової травми:

- рани, синці в області голови та обличчя;
- сонливість;
- сплутаність або втрата свідомості;
- сильний біль або відчуття тиску в голові, шиї;
- поколювання або втрата чутливості в пальцях рук та ніг;
- втрата рухових функцій кінцівок;
- деформація в області голови;
- судоми;
- утруднене дихання;
- порушення зору;
- нудота та/або блювота;
- стійкий головний біль;
- втрата рівноваги;
- виділення крові та/або ліквору (прозора рідина) з ротової та/або носової порожнини та вуха.

Травма грудної клітки є типовою при ДТП, особливо при лобовому зіткненні транспортних засобів, а також при падінні постраждалого, що вилетів з автомобіля або мотоцикла.

Буває двох видів:

- відкрита (проникаюча) травма, тобто, пошкодження грудної клітки, при якому раньовий канал має сполучення з плевральною порожниною;

- тупа (закрита) травма з підозрою на внутрішню кровотечу, тобто пошкодження грудної клітки, коли сполучення з плевральною порожниною немає, але людина може загинути від внутрішньої кровотечі.

Ознаки відкритої (проникаючої) травми:

- наявність рани;
- кровотеча з рани (особливо наявність піни);
- біль у ділянці рани;
- наявність сторонніх тіл (наприклад, ніж, арматура тощо);
- утруднене дихання;
- можливе кровохаркання;
- звук всмоктування повітря в рану при вдиху;
- швидке погіршення стану;
- ознаки шоку:
- порушення свідомості;
- бліда і холодна на дотик шкіра;
- часте дихання (25-30 і більше дихальних рухів/хв.).

В цьому випадку повітря при вдиху через раньовий канал потрапляє до плевральної порожнини, а при видиху назад не виходить, бо утворюється клапан з м'яких тканин, що блокує вихід. Отже, легеня на боці травми зменшується, що веде до швидкого наростання гострої дихальної недостатності, яка може призвести до смерті.

Ознаками тупої (закритої) травми грудної клітки з внутрішньою кровотечею (або підозрою на кровотечу) є:

- наявність синця в ділянці забою;
- крепітація при пальпації грудної клітки;
- можливе кровохаркання;
- утруднене дихання;
- спрага;
- нудота та/або блювота;

- слабкість, що наростає;
- швидке погіршення стану;
- ознаки шоку:
- порушення свідомості;
- бліда і холодна на дотик шкіра;
- часте дихання (25-30 і більше дихальних рухів/хв.).

Травма живота є типовою при ДТП, особливо при лобовому зіткненні транспортних засобів, а також при падінні постраждалого, що вилетів з автомобіля або мотоцикла.

Буває двох видів:

- відкрита (проникаюча) травма, тобто, пошкодження передньої черевної стінки, при якому раньовий канал має сполучення з червеною порожниною;
- тупа (закрита) травма з підозрою на внутрішню кровотечу, тобто, пошкодження передньої черевної стінки, не має сполучення з червеною порожниною, але людина може загинути від внутрішньої кровотечі.

Ознаки відкритої (проникаючої) травми живота є:

- наявність рани;
- кровотеча з рани (особливо наявність випадіння внутрішніх органів на зовні);
- біль у ділянці рани;
- наявність сторонніх тіл (наприклад, ніж, арматура тощо);
- швидке погіршення стану;
- ознаки шоку:
- порушення свідомості;
- бліда і холодна на дотик шкіра;
- часте дихання (25-30 і більше дихальних рухів/хв.).

Ознаками тупої (закритої) травми живота з внутрішньою кровотечею (або підозрою на кровотечу) є:

- наявність синця в ділянці забою;
- слабкість, що наростає;
- нудота/блювання;
- відчуття тиску або розпирання в животі;

- швидке погіршення стану;
- ознаки шоку:
- порушення свідомості;
- бліда і холодна на дотик шкіра;
- часте дихання (25-30 і більше дихальних рухів/хв.).

Домедична допомога при ДТП:

1. Переконатися у відсутності небезпеки (див. загальні правила).

Загрозою може бути: дорожній рух, вогонь, розлите паливо, обірвані дроти лінії електропередач тощо.

2. При можливості заблокувати проїзд дорогою за допомогою свого автомобіля або попереджувальних знаків (наприклад, аварійного трикутника позаду автомобіля на відстані 50 м).

3. Викликати бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила) та рятувальників (тел. 101, 103 тощо).

4. Якщо автомобіль стоїть під ухилом, – заблокувати колеса (каміння, дошки), щоб попередити його рух.

5. Якщо двигун продовжує працювати, – вимкнути його та витягти ключі із замка запалювання.

6. Залучити оточуючих до надання домедичної допомоги.

7. Вважати, що у всіх постраждалих внаслідок ДТП є травма шийного відділу хребта.

8. У разі відсутності небезпеки, – надати домедичну допомогу у такій послідовності:

- зупинити масивну зовнішню кровотечу – накласти турнікет (кровоспинний джгут, турнікет або закрутку) поверх одягу (див. «Техніка накладання турнікету двома руками» або «Техніка накладання кровоспинного джгута типу Есмарх» або «Техніка накладання імпровізованого кровоспинного джгута (закрутки)»);

- зафіксувати шийний відділ хребта за допомогою шийного коміру, а в разі його відсутності туго згорнутим одягом:

4.5.1. Техніка накладання шийного коміра

<p>- зафіксуйте голову постраждалого мануально;</p>	
<p>- підберіть шийний комірець необхідного розміру; - розмістіть комірець на передній поверхні шиї; - зафіксуйте комірець за допомогою липкої стрічки.</p>	

- знерухомити ушкоджені кінцівки (див. «Техніка іммобілізації переломів кісток»);

- накласти чисті, стерильні пов'язки на великі відкриті рани та опіки.

9. Вияснити у свідків чи постраждалих (якщо це можливо) причини та деталі аварії.

10. Надати домедичну допомогу постраждалому відповідно до наявних додаткових пошкоджень, що виявлені під час проведення повторного огляду.

11. Забезпечує постійний нагляд за постраждалими до приїзду бригади ЕМД.

12. В разі погіршення стану постраждалих до приїзду бригади ЕМД повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

13. Якщо ЕМД не може прибути вчасно (затримка бригади), доправити постраждалих до лікувального закладу.

При транспортуванні постраждалого необхідно дотримуватись таких правил:

- при черепно-мозковій травмі транспортувати постраждалого можна тільки в лежачому положенні:
 - рухатися постраждалому забороняється;
 - на місце травми – холод (за можливості);
 - голову повернути набік для запобігання западання язика при блювоті, що часто супроводжує черепно-мозкову травму;
- при травмі обличчя і щелеп – у положенні лежачи з поверненою на бік головою;
- при травмі грудної клітки – транспортувати в напівсидячому положенні;
- при закритій травмі живота – в положенні лежачи на спині з холодом на животі (за можливості);
- при травмі поперекового відділу хребта – в положенні лежачи на животі на жорсткій основі;
- при травмі кісток тазу – в положенні «жаби»:
 - ноги трохи зігнути в колінних суглобах;
 - під коліна підкласти валик висотою 25-30 см;
 - коліна розведені вбік.
- у стані шоку і непритомності – лежачи в положенні на спині, голова на бік, ноги підняті, на висоту 15-20 см.

Задача 1.

На трасі Київ-Одеса після дощу водій легкового автомобіля, не впоравшись з керуванням, врізався в опору, яка не була захищена поперечним відбійником.

Внаслідок зіткнення:

- у водія:
 - забій м'яких тканин тулуба;
 - збудженість та розгубленість;
- у пасажирів:
 - внаслідок того, що він не був пристебнутий паском безпеки, в області правої гомілки кривава пляма, що швидко розповсюджується;

- в ділянці колінного суглобу значний набряк;
- в ділянці правого передпліччя рвана рана з якої повільно витікає кров темно-червоного кольору;
- обличчя бліде, вкрите потом;
- постраждалий ледве відповідає на запитання.

Склад групи 8 слухачів: 2 особи імітують постраждалих; 1 особа (за фахом рятувальник) володіє навичками надання домедичної допомоги, решта – виконують роль пересічних громадян.

Рятувальник:

- проводить огляд місця події, відходячи на три кроки назад для збільшення кута огляду, на предмет вибухо- і пожежонебезпеки для себе та оточуючих;
- визначає конкретні дії пересічних громадян, це:
- викликати бригаду ЕМД та рятувальників, що негайно і робить один з пересічних громадян (див. загальні правила);
- якщо місце події безпечне:
- двоє пересічних громадян, визначених рятувальником, виконують його вказівки по гарантуванню безпеки місця події;
- при можливості, – блокують проїзд дорогою за допомогою свого автомобіля так, щоб він не заважав під'їзду до місця події екстреним службам (при цьому необхідно увімкнути аварійні вогні, зачинити двері транспортного засобу та впевнитись, що немає загроз власному життю);
- якщо власний автомобіль знаходиться на проїжджій частині, – необхідно з боку руху виставити трикутний знак аварійної зупинки (на відстані не менше 20 м у населеному пункті та не менше 40 м поза населеним пунктом);
- вдягають світловідбиваючий жилет (за наявності) та гумові рукавички, за потреби беруть із собою власну автомобільну аптечку та вогнегасник;
- блокують проїзд через місце де сталася дорожньо-транспортна пригода за допомогою аварійного знаку на відстані 50 м від автомобіля, який потрапив у ДТП;

- блокують колеса за допомогою підручних засобів (каміння, дрючки тощо);

- глушать двигун та відключають живлення АКБ.

- якщо неможливо усунути загрозу, – треба якнайшвидше вилучити постраждалих з салону автомобіля, намагаючись не спричинити додаткових ушкоджень.

Правильні дії рятувальника:

1. Проводить первинний огляд постраждалих (див. загальні правила).

2. Визначає, чи знаходяться постраждалі у загрозованих для життя станах, це: клінічна смерть, масивна зовнішня кровотеча, шок.

3. Виконавши огляд постраждалих:

- рятувальник приймає рішення про першочергове надання домедичної допомоги пасажирові, оскільки його стан загрожує життю (масивна зовнішня кровотеча з рани правої ноги, шок, а також підозра на вивих колінного суглоба, незначна (венозна) кровотеча з правого передпліччя:

- якщо у постраждалого відсутнє дихання, – розпочинає проведення СЛР (див. загальні правила);

- стан водія задовільний, – безпосередньої загрози життю не має (рятувальник залишає одного пересічного громадянина з водієм для нагляду за його станом та спілкування).

4. Зупиняє масивну зовнішню кровотечу шляхом накладанням закрутки (див. «Техніка накладання імпровізованого кровоспинного джгута (закрутки)»).

5. Після зупинки масивної зовнішньої кровотечі, – вважаючи, що в пасажирові є травма шийного відділу хребта, рятувальник фіксує шийний відділ хребта мануально або за допомогою шийного коміру (див. «Техніка накладання шийного коміру»).

6. Після цього, рятувальник проводить зупинку незначної (венозної) кровотечі з правого передпліччя за допомогою пов'язки, що тисне.

4.5.2. Техніка накладання пов'язки, що тисне

<ul style="list-style-type: none">- бинтувати потрібно у напрямку знизу вверх;перший тур бинта накладається косо до осі кінцівки;другий тур накладається зверху на перший перпендикулярно осі кінцівки;- третій тур фіксує попередній з формуванням «замку»;	
<ul style="list-style-type: none">- на рану накладається чиста, стерильна серветка;- на серветку (зверху) розташовується тиснучий елемент на рану та туго зі всіх боків фіксується до кінцівки;	
<ul style="list-style-type: none">- зафіксуйте останній тур бинта.	

7. Для подальшого огляду і надання домедичної допомоги пасажирові рятувальник проводить його евакуацію з салону автомобіля:

4.5.3. Техніка евакуації постраждалого
із салону автомобіля

1. Під час витягування постраждалого з авто необхідно фіксувати його голову за підборіддя, для цього:

- рятувальник проводить свою праву руку під праву руку постраждалого з боку спини та фіксує правою рукою зігнуту під прямим кутом ліву руку постраждалого за зап'ястя;
- свою ліву руку проводить під лівою рукою постраждалого та фіксує кистю голову постраждалого;
- обережно притискає зафіксовану голову постраждалого до свого правого плеча.



2. Фіксуючи голову постраждалого, обережно повертає його спиною до себе, водночас витягуючи його з транспортного засобу.



8. Після проведеної евакуації пасажирів з салону автомобіля, – рятувальник з пересічним громадянином виконують іммобілізацію пошкоджених кінцівок (див. «Техніка іммобілізації переломів кісток»).

З урахуванням локалізації травми (можливий вивих колінного суглобу) потрібно знерухомлювати всі три суглоби ноги, а саме: гомілково-ступневий, колінний та кульшовий. Оскільки була зупинка артеріальної кровотечі з накладанням закрутки, іммобілізацію потрібно проводити так, щоб закрутка залишалася видимою для подальшого контролю часу накладання. Іммобілізацію виконують у такому положенні, в якому знаходиться кінцівка.



З урахуванням локалізації травми (рвана рана передпліччя) потрібно знерухомлювати всі три суглоби руки, а саме: променево-зап'ястний, ліктьовий та плечовий. Іммобілізацію виконує в максимально комфортному для постраждалого положенні руки.

9. Рятувальник надає постраждалому протишокове положення.

10. Вкриває постраждалих термопокривалом.

11. Постійно наглядає за станом постраждалих до приїзду бригади ЕМД.

12. При погіршенні стану постраждалих до приїзду бригади ЕМД, – повторно телефонує диспетчеру.

Задача 2.

Опівночі, на дорозі з малою інтенсивністю руху, водій легкового автомобіля, не впоравшись з керуванням, вилетів у кювет. Внаслідок деформації кузова, рульова колонка затиснула йому

ліву нижню кінцівку. З огляду на нічний час та малу інтенсивність руху, свідком події став водій автомобіля, що проїжджав повз місце ДТП о п'ятій годині ранку, який і викликав бригаду ЕМД та рятувальників.

Вирішення задачі:

Склад групи 8 слухачів: 1 особа імітує постраждалого, 1 особа водій-свідок ДТП, решта – розрахунок рятувальників.

Правильні дії рятувальників:

1. Після проведеного огляду місця події, найбільш досвідчений рятувальник (командир відділення) виконує первинний огляд постраждалого (див. загальні правила): постраждалий у свідомості (але загальмований, мова уповільнена), обличчя бліде, часте, поверхнєве дихання.

2. Командир відділення вважає, що у постраждалого може бути травма шийного відділу хребта, тому іммобілізує шийний відділ за допомогою шийного комірця (див. «Техніка накладання шийного коміру»), перед цим фіксує голову постраждалого мануально.

3. Один з рятувальників намагався одразу ж звільнити постраждалого від затиснення, але командир відділення категорично заборонив це робити – небезпека для життя при синдромі тривалого здавлення полягає в тому, що токсичні речовини, які утворюються в стисненій частині кінцівки, при її вивільненні, всмоктуються в кров і блокують функцію нирок, що призводить до швидкої загибелі постраждалого.

4. Послідуючі дії рятувальників:

- враховуючи тривале здавлення кінцівки, один з рятувальників накладає джгут на затиснуту кінцівку вище місця здавлення (див. «Техніка накладання турнікету двома руками» або «Техніка накладання кровоспинного джгута типу Есмарх»);

- після чого два рятувальника проводять вивільнення затисненої кінцівки, ліквідують наслідки деформації кузова автомобіля за допомогою табельного оснащення (гідрравлічні ножиці, домкрат тощо) і евакуюють постраждалого з автомобіля (див. «Техніка евакуації постраждалого з салону автомобіля»);

- виносять постраждалого за межі місця пригоди та ізолюють його від надлишкової уваги оточуючих.

5. Командир відділення:

- заспокоює постраждалого і каже, що рятувальники будуть поруч та не залишать його до прибуття бригади ЕМД;

- постійно підтримує контакт з постраждалим;

- спілкується з постраждалим спокійно, адекватно оцінюючи його побажання та дії;

- відволікає його від негативних думок та намірів;

- переконує постраждалого, що необхідна допомога буде надана вчасно та професійно;

6. Вкриває постраждалого термопокривалом.

7. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

8. В разі зупинки у постраждалого дихання:

рятувальник повторно викликає ЕМД (повідомляє про початок проведення СЛР) та проводить СЛР (див. загальні правила) до появи ознак життя (відновлення: дихання/свідомості/рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.

Задача 3.

Рятувальники, повертаючись з місця НС, стали свідками, як на їх очах мотоцикліст не впорався з керуванням та в'їхав у дерево.

Об'єктивно:

- постраждалий без свідомості;

- права гомілка деформована в середній третині;

- постраждалий одягнений у захисні обладунки.

Правильні дії рятувальників:



1. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці.

2. Один з рятувальників викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

3. Командир розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

4. Для повноцінного огляду постраждалого рятувальники знімають захисні обладунки з постраждалого, в першу чергу шолом та захисні щітки:

4.5.4. Техніка зняття захисного шолома

<p>- один рятувальник стає на коліна біля голови постраждалого, відкриває забрало шолома, знімає окуляри і все, що заважає диханню (хустку, шарф тощо);</p> <p>- відстібає застібку ременя (розрізає), долонями обох рук обхоплює з боків захисний шолом;</p>	
<p>- обережно тягне його (знімає), злегка повертаючи передній край шолома, щоб не зачепити ніс, при цьому стежить за тим, щоб шийний відділ хребта був випрямлений;</p> <p>- другий рятувальник стає на коліна збоку біля голови постраждалого, обома долонями випрямлених рук обхоплює його голову нижче шолома – чотири пальці обох рук підсовує під вуха, а великі пальці знаходяться на вухах, стежить при цьому, щоб шия постраждалого була випрямлена і нерухома;</p>	

<p>- знявши шолом, голову постраждалого переймає інший рятувальник і тримає голову на тому ж рівні, як і раніше: В жодному разі голову не можна опускати на землю!</p>	
<p>- голову тримають таким чином: долоні міцно накладають на вуха, а пальцями так охоплюють нижню щелепу, щоб вона була дещо спрямована вгору.</p>	

5. Після зняття шолома рятувальник накладає шийний комірець (див. «Техніка накладання шийного коміру»).

6. Один з рятувальників забезпечує прохідність дихальних шляхів (див. загальні правила).

7. Якщо постраждалий дихає, його необхідно покласти на бік: один рятувальник тримає голову постраждалого прямо, а інші рятувальники повільно повертають тіло постраждалого на бік. При повороті тіла рятувальники стежать, щоб голова постраждалого весь час перебувала на одному рівні.

8. Рятувальник виконує іммобілізацію травмованої кінцівки за допомогою шин (див. «Техніка іммобілізації переломів кісток»).

9. Вкриває постраждалого термопокривалом.

11. Рятувальники евакуюють постраждалого на довгій транспортувальній дошці в безпечне місце (див. рис. 30).

12. При погіршенні стану постраждалого (в разі зупинки у постраждалого дихання) – рятувальник повторно викликає ЕМД

(повідомляє про початок проведення СЛР) та проводить СЛР (див. загальні правила) до появи ознак життя (дихання, рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.

4.6. Домедична допомога в разі ураження електричним струмом та блискавкою

Електротравма – це місцеві і загальні пошкодження, що виникають у результаті впливу електричного струму великої сили або розряду атмосферної електрики (блискавки).

Задача 1.

Господар вирішив замінити у приміщенні електричну лампочку, що перегоріла. При викручуванні лампочки цоколь відділився від скляного балону і господар отримав удар електричним струмом. Він впав, у цей момент до будинку зайшов племінник, за фахом рятувальник, який має навички надання домедичної допомоги.

Правильні дії рятувальника:

1. Переконається у відсутності небезпеки (див. загальні правила) та кличе на допомогу сусіда.
2. Якщо постраждалий перебуває під дією електричного струму, – припиняє його дію: вимикає джерело струму, відкидає електричний провід за допомогою сухої дерев'яної палиці чи іншого електронепровідного засобу.
3. Проводить первинний огляд постраждалого, визначає наявність свідомості, дихання (див. загальні правила).
4. Сусідові, який прийшов на допомогу, – ставить задачу викликати бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).
5. При положенні постраждалого на спині, – рятувальник проводить фіксацію шийного відділу хребта мануально.
6. Якщо у постраждалого відсутнє дихання, – розпочинає проведення СЛР (див. загальні правила).

7. Проводить СЛР (див. загальні правила) до появи ознак життя (відновлення: дихання/свідомості/рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.

8. Якщо постраждалий без свідомості, але дихання збережене, переводить постраждалого в стабільне положення (див. (див. загальні правила).

9. Накладає на опікову поверхню чисті, стерильні пов'язки;

10. Вкриває постраждалого термопокривалом.

11. Постійно наглядає за станом постраждалого до приїзду бригади ЕМД.

12. При погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД повторно телефонує диспетчеру.

4.7. Домедична допомога в разі підозри на гостре отруєння

Гостре отруєння невідомою речовиною – це розлад життєдіяльності організму, який виникає внаслідок попадання в організм токсичної речовини, а також дію, яка викликала таке захворювання (наприклад, вбивство або спроба самогубства за допомогою отрути).

Ознаки:

- відчуття «піску» або різь в очах та/або світлобоязнь;
- опіки на губах, на язиці або шкірі;
- біль у роті, горлі, грудях або животі, яка посилюється при ковтанні та диханні;
- підвищене слиновиділення, нудота, блювота (зі специфічним запахом, залишками отруйних речовин, кров'ю);
- порушення дихання (задуха, гучне дихання, зміна тембру голосу, кашель); пітливість, діарея, незвичайна поведінка постраждалого (збудження, марення);
- м'язові посмикування, судоми, втрата свідомості;
- незвичайний колір шкіри (бліда, малинова, синюшна).

Послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при підозрі на гостре отруєння невідомою речовиною:

1. Переконатися у відсутності небезпеки (див. загальні правила).

2. При огляді місця події, – звернути увагу на ознаки, які можуть свідчити про гостре отруєння:

- неприємний різкий запах;
- полум'я та/або дим;
- наявні відкриті чи перекинуті ємності або ємності з-під ліків та алкогольних напоїв;
- відкрита аптечка;
- використані шприци тощо.

3. Уточнити у родичів (якщо вони поруч), що саме та в якій кількості приймав постраждалий.

4. Провести первинний огляд постраждалого, визначити наявність свідомості, дихання (див. загальні правила).

5. Викликати бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

6. Якщо у постраждалого відсутнє дихання:

- викликати бригаду ЕМД та повідомити про початок проведення СЛР (по можливості, з використанням АЗД) у співвідношенні: 30 компресій / 2 вдихи (див. загальні правила).

7. Якщо постраждалий без свідомості, але у нього збережене нормальне дихання:

- перевести постраждалого у стабільне положення (див. загальні правила);
- забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД (див. загальні правила).

8. Якщо постраждалий перебуває в свідомості та відомо, що отрута була прийнята перорально (через рот):

- промити шлунок «ресторанним» або блювотним методом до отримання чистих промивних вод;
- дорослому необхідно випити 500-700 мл (2-3 склянки) чистої, холодної (18°C) води;

- потім необхідно викликати блювоту;
- повторювати промивання до отримання чистих промивних вод.

- після промивання шлунка:

- дати ентеросорбент (наприклад, до 50 г активованого вугілля);

- дати проносне (дорослим – 50 мл вазелінового масла);

- при отруєнні припікаючими речовинами (наприклад, бензином) та порушенні або відсутності свідомості забороняється викликати блювоту у постраждалого.

9. При потрапленні отруйної речовини в очі та/або на шкіру:

- промити уражену ділянку великою кількістю чистої, холодної (18°C) води;

- за наявності хімічних опіків (після промивання водою) накласти на раньову (опікову) поверхню стерильну пов'язку.

10. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

11. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

Чадний газ (CO) – це безбарвний газ, що утворюється в результаті горіння предметів та матеріалів, які дають рясне задимлення за умов нестачі кисню.

Ураження чадним газом посідає четверте місце в Україні по частоті отруєнь. Забиті димарі, погана робота витяжок, порушення правил користування газовими плитами – підвищує вірогідність отруєнь чадним газом. Окис вуглецю (тобто, чадний газ) потрапляє в кров через дихальні шляхи, поєднується з гемоглобіном, утворюючи карбоксигемоглобін. Чадний газ в 300 разів активніше в хімічному відношенні, ніж кисень, а відтак, порушує постачання кисню до головного мозку. Оскільки симптоми отруєння розвиваються швидко, – постраждалий за кілька хвилин стає безпорадним, не спроможним навіть самостійно вийти на свіже повітря.

Ознаки отруєння чадним газом:

- слабкість;
- запаморочення;
- головний біль;
- нудота;
- задишка;
- блювота;
- біль у грудній клітці;
- м'язові судоми;
- галюцинації;
- почервоніння шкіри обличчя;
- втрата свідомості;
- зупинка дихальної та серцевої діяльності.

Задача 1.

Вітряна погода спричинила зворотну тягу в димарі старого багатоквартирного житлового будинку з пічним опаленням. Це, в свою чергу, призвело до накопичення чадного газу.

Чоловік, що прийшов додому з роботи, знайшов непритомними дружину і сина 7 років. Він рятувальник. Відкрив вікна, покликав на допомогу сусідів.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалої (див. загальні правила).

2. Проводить первинний огляд постраждалих: визначає наявність свідомості, дихання (див. загальні правила).

3. За допомогою сусідів негайно виносить постраждалих на свіже повітря.

4. Один із сусідів викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

5. Жінка на свіжому повітрі прийшла до тями. Дитина без свідомості. У обох постраждалих яскраво-червоний колір обличчя, дихання часте, поверхневе; у жінки: головний біль та нудота.

6. Послаблює стискаючий одяг на постраждалих.

7. Переводить дитину в стабільне положення (див. «Техніка переведення постраждалого в стабільне положення»).

8. Забезпечує постійний нагляд за постраждалими до приїзду бригади ЕМД.

9. В разі зупинки у постраждалого дихання, – рятувальник повторно викликає ЕМД (повідомляє про початок проведення СЛР) та проводить СЛР (див. загальні правила) до появи ознак життя (дихання, рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.

10. У разі вдало проведеної СЛР, – рятувальник переводить постраждалого у стабільне положення (див. загальні правила).

Отруєння грибами

Гриби поділяють на:

- їстівні;
- умовно їстівні;
- отруйні.

Отруйні гриби:

- бліда поганка;
- мухомор червоний;
- опеньок сірчано-жовтий несправжній.

Отруйні гриби можуть викликати ураження центральної нервової системи (нейротропні), печінки та нирок (гепато-нефротропні), шлунково-кишкового тракту (гастро-ентеротропні).

Найнебезпечніші отруєння виникають при споживанні блідої поганки, мухоморів, опеньок сірчано-жовтих несправжніх. Отрута цих грибів не руйнується при кулінарній обробці а летальність сягає до 80 %.

Симптоми отруєння блідою поганкою розвиваються за 6-12 годин. У постраждалих виникає нудота, блювання «фонтаном» та проноси, випорожнення набувають слизисто-водяного вигляду. За добу хворі втрачають до 4 л рідини. Поряд з цим, у хворих збільшується в розмірах печінка, з'являється біль у правому підребер'ї й розвивається клінічна картина печінкової та ниркової недостатності, яка проявляється печінковим запахом з рота,

жовтяницею, оліго- та анурією. Невдовзі хворий втрачає свідомість, печінка різко зменшується в розмірах (гепатаргія), що свідчить про несприятливий перебіг захворювання. При сприятливому перебігу отруєння розпочинається одужання. У хворих поступово покращується функція усіх органів і систем організму та нормалізуються лабораторні показники.

При вживанні мухоморів симптоми отруєння розвиваються уже через 15-60 хв.. У постраждалих виникає нервово збудження (нейротоксична дія), рясне потовиділення, слиновиділення, нудота, блювання, пронос. В подальшому з'являються судоми, сповільнення пульсу, зниження артеріального тиску, колапс.

Задача 2.

Родина грибників виїхала до лісу, де назбирала багато грибів. Неподалік було розташоване якесь підприємство і автострада з інтенсивним рухом. Приїхавши додому, вони приготували гриби та з'їли їх.

Через 2 години у всіх, хто їв гриби, спостерігалися такі симптоми отруєння:

- головний біль;
- нудота;
- біль у животі;
- пронос;
- запаморочення.

Правильні дії при наданні домедичної допомоги:

1. Укласти постраждалих у ліжку в одній кімнаті (дія відбувається в сільській місцевості, далеко від міста).

2. Викликати бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

3. Потрібно:

- промити шлунок «ресторанним» або блювотним методом до отримання чистих промивних вод:

- дорослому необхідно випити 500-700 мл (2-3 склянки) чистої, холодної (18°C) води;

- потім необхідно викликати блювоту;

- повторювати промивання до отримання чистих промивних вод.

- після промивання шлунка:

- дати ентеросорбент (наприклад, до 50 г активованого вугілля);

- дати проносне (дорослим – 50 мл вазелінового масла);

- при отруєнні припікаючими речовинами (наприклад, бензином) та порушенні або відсутності свідомості забороняється викликати блювоту у постраждалого.

4. Укласти постраждалих на бік і, стежачи за їх станом, чекати на прибуття ЕМД.

5. Зберегти залишки грибів і грибних страв для аналізу.

6. Постійно наглядати за станом постраждалих до приїзду бригади ЕМД.

10. При погіршенні стану постраждалих до приїзду бригади ЕМД повторно телефонує диспетчеру.

4.8. Домедична допомога в разі укусів тварин та комах

Укус каракурта

За статистичними даними, найбільше розповсюдження каракурт має на півдні України. Облік укусів каракуртів в Миколаївській області ведеться з 1995 р. За цей час померло 4 особи. Максимальна кількість укушених була зафіксована в 2001 р. – 15 чоловік.

Після укусу виникає картина загальної інтоксикації. Протягом 10-20 хв. з'являється різко виражена м'язова слабкість, хитка хода, болі в кінцівках, попереку і животі. Обличчя гіперемоване, температура тіла підвищується до 38-39°C, з'являється озноб, пітливість. Хворі не можуть встати на ноги, кричать від болю, кидаються в ліжку. Часто бувають затримка сечовипускання. Місцевих ознак укусу немає. Тривалість інтоксикації від 4 до 12 днів. Прогноз сприятливий.

Укус змії

Літом та восени зростає кількість відвідувань лісової місцевості, відпочинку на узбережжі річок та ставів. Щоб не зазнавати неприємностей, викликаних непередбачуваними обставинами, варто пам'ятати і про тамтешніх мешканців – представників плазунів.

Останнім часом спостерігається зростання випадків гострих отруєнь, викликаних укусами змії. Щорічно у світі отримують укуси понад 10 млн. людей, а смертельні наслідки виникають в 20-100 тис. випадків.

У природі відомо понад 230 отруйних змії, серед яких родина гадюкових налічує 60 різновидів. На території України живуть 6 отруйних змії. Найбільш поширена гадюка звичайна. Цей вид розповсюджений у всіх зонах з помірним та холодним кліматом, зокрема у Карпатах. На узбережжі Чорного та Каспійського морів трапляються гадюка степова. Ці плазуни досягають довжини 0,5-0,7 м, забарвлення шкіри – світле або сіре. Для гадюки звичайної властиві забарвлені смужки темного кольору вздовж спини. Завдяки кольоровій гаммі, змії малопомітні у доквітлі (серед листя, трави, чагарників тощо). Форма голови – округло-трикутна з притупленим носовим кінчиком та виступаючими виличними кутами, в яких розташовані отруйні залози. Голова різко відмежована від тулуба. Тіло товсте, до заднього кінця різко звужується, переходить у хвіст.

Змія ніколи не нападає на людину першою. Якщо її потурбувати (випадково зачепити або наступити на неї) вона завжди перед нападом набуває загрозливої пози – згортається «калачиком», зигзагоподібно вигинає тіло, окремі види сильно шиплять.

При укусі отруйної змії видно чіткі, великі отвори від передніх зубів. У неотруйної, як правило, дрібні зуби в 2 ряди (див. рис. 34 та 35).

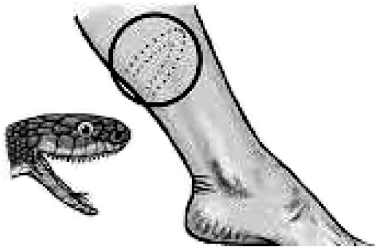


Рис. 34. Зовнішній вигляд укусу неотруйної змії

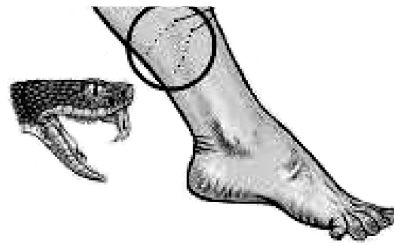


Рис. 35. Зовнішній вигляд укусу отруйної змії

Укуси бджоли та ос

У порівнянні з бджолами і джмелями, осі найбільш нервові і агресивні. Серед усіх перетинчастокрилих частіше і найболючіше жалять саме осі. Крім того, вони ще здатні сильно кусати своїми потужними щелепами. Жало в осі гладке і в ранці воно не залишається, тому вона може пускати його в хід необмежену кількість разів – відлетить і знову кидається в атаку. Отрута викликає сильний біль і набряк, особливо якщо кусає велика комаха.

Жало у бджіл з щербинами, тому воно залишається в ранці з вирваним шматком із задньої частини тіла. Але відчуття при жаленні не такі хворобливі, як у випадку з осою.

Кусаючи, осі виділяють у рану отруту, яка має лужну реакцію. Отже, щоб її нейтралізувати, потрібна кислота. Тому укус осі доцільно протерти розбавленим оцтом. У випадку з бджолою отрута, виділена під шкіру, має кислу реакцію, тому її можна нейтралізувати чимось лужним – звичайним милом.

Правильні дії при наданні домедичної допомоги при укусі тварин:

1. Переконатися у відсутності небезпеки (див. загальні правила).

2. Якщо:

- укусила домашня тварина – ізолювати її (при можливості);

- укусила *дика тварина* – запам'ятати вид тварини (при можливості – сфотографувати).

3. Провести первинний огляд постраждалих: визначити наявність свідомості, дихання (див. загальні правила).

4. За наявності рани без зовнішньої кровотечі:

- промити рану мильним розчином та накласти чисту, стерильну пов'язку.

5. За наявності рани з зовнішньою кровотечею:

- зупинити кровотечу та накласти на рану чисту, стерильну пов'язку.

6. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

7. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 1.

П'ятеро відпочиваючих дістались катером до острова на Дніпрі. Під час відпочинку один з них пішов оглянути місцевість. Невдовзі звідтіля пролунав крик.

Всі побігли до місця пригоди. Виявилось, що постраждалий зненацька наступив на гадюку і був ужалений у ногу. Гадюка мала зиг'загоподібні смуги на спині і відповзала геть. Один з відпочиваючих (за фахом рятувальник), який і визначив конкретні дії для інших відпочиваючих, а саме:

- один з них отримує завдання викликати бригаду ЕМД (див. загальні правила);

- інший шукає підручні засоби для накладання пов'язки, що тисне.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці (місце безпечно, – гадюка відповзла), і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалої (див. загальні правила).

2. При огляді постраждалого:

- в нижній третині гомілки виявлено дві серпоподібні та між ними дві лінійні ранки, що свідчить про укусу отруйної змії;

- постраждалий розгублений, часто дихає.

3. Рятувальник забезпечує постраждалому спокій та положення лежачи.

4. Зважаючи на те, що дія отрути може викликати параліч м'язів, накладає пов'язку, що тисне над місцем укусу.

5. Рятувальник знерухомлює кінцівку за допомогою імпровізованої шини (палиці, дошки).

6. Рятувальник дає постраждалому випити багато рідини (вода, чай тощо).

7. Рятувальник накладає на місце укусу чисту, стерильну пов'язку та холодний компрес (якщо це можливо).

8. Після чого, постраждалого віднесли до катера, уклали і вирушили до берега, а саме, до того місця, на яке вказав диспетчер ЕМД, стежачи за станом постраждалого.

9. На березі на них чекала карета ЕМД.

Неприпустимо:

- намагатися видалити отруту шляхом розрізання та припалювання місця укусу;

- давати постраждалому алкоголь.

Задача 2.

75-річна жінка просапувала город. Скинула з лівої ноги великого павука – каракурта. Спочатку вона не звернула уваги на слабкий пекучий біль у лівій гомілці, а подальше погіршення самопочуття (біль у попереку, животі і грудній клітці) – віднесла на рахунок хронічних захворювань (остеохондрозу та гіпертонії).

З часом їй стало зовсім погано:

- м'язова слабкість;

- з'явилась хитка хода;

- жінка ледве дісталася ліжка.

Сусідка, яка опинилася поруч, покликала онука – за фахом рятувальника. Обличчя постраждалої жінки на той час було червоне, руки і ноги постраждалої холодні, температура тіла – 38,8°C. Онук наказав сусідці негайно викликати бригаду

ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалої (див. загальні правила).

2. Забезпечує постраждалій спокій та положення лежачи.

3. За допомогою імпровізованої шини (палиці, дошки) знерухомлює уражену кінцівку.

4. На стегно накладає пов'язку, що тисне над місцем укусу.

5. Рятувальник дає постраждалій випити багато рідини (вода, чай тощо).

6. Психологічно підтримує постраждалу до приїзду бригади ЕМД.

7. Забезпечує постійний нагляд за постраждалою до приїзду бригади ЕМД.

8. В разі погіршення стану постраждалої до приїзду бригади ЕМД повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 3.

При скиртуванні сіна, чоловік отримав декілька укусів бджіл.
Об'єктивно:

- у постраждалого болять і печуть місця укусів;
- ускладнене дихання;
- слабкість;
- нудота;
- набряклість обличчя;
- підвищення температури;
- зіниці вузькі;
- обличчя стає місяцеподібним.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

2. Під час огляду, – виявляє жала.

3. Викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

4. Видаляє жала та накладає на місця укусів стерильну пов'язку та холододовий компрес (щоб перешкодити поширенню отрути в тканинах).

5. Рятувальник дає постраждалому випити багато рідини (вода, чай тощо).

6. Постійно наглядає за станом постраждалого до приїзду бригади ЕМД.

7. При погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД повторно телефонує диспетчеру.

4.9. Домедична допомога в разі термічних уражень

Опік – різновид травми тканин тіла, який спричинює дія тепла, електричного струму, хімічних речовин або випромінювання.

Згідно з даними ВООЗ, термічні ураження посідають третє місце серед усіх інших травм. У світі щороку на кожний мільйон жителів припадає 300 осіб, які потребують лікування з приводу термічних опіків або їх ускладнень. В Україні опікова травма становить 21,3 на 10 000 населення.

Загалом, 70 % уражень становлять опіки, отримані в побутових умовах, причому 30-40 % з них припадає на дітей віком до 5 років.

Типовими термічними агентами є:

- полум'я (50 %);
- гарячі пара і рідини (30 %);
- розпечені тверді предмети (5 %).

Характеристики опіку залежать від його глибини:

- поверхневі опіки завдають болю, що триває два-три дні з подальшим лущенням шкіри протягом наступних кількох днів;
- глибокі опіки можуть бути абсолютно нечутливими до легких дотиків або проколів.

Опіки навколо рота або обпалене волосся в носі може означати, що стався опік дихальних шляхів. Про опік дихальних шляхів свідчать:

- задишка;
- хрипкість або відсутність голосу;
- свист при диханні.

Опіки також можуть призводити до емоційних та психологічних розладів.

Відмічають чотири ступеня опіків (див. рис. 36):

Ступінь опіку	Постраждалі шари	Зовнішній вигляд	Зображення
Поверхневий (I ст.)	Поверхневий шар шкіри	Червоний без пухирів	
Поверхневий (II ст.)	Проникає у поверхневий шар шкіри	Почервоніння з жовтим пухирем, під тиском – біліє	
Глибокий (III ст.)	Проходить через всю товщу шкіри	Темно-червоний з пухирями темно-червоного кольору	
Глибокий (IV ст.)	Проходить через всю шкіру до жиру, м'язів і кісток	Чорний, з обугленим струпом	

Рис. 36. Характеристика ураження від ступеня опіків

Площа опіку

Не менш важливим фактором є площа опіку. Чим більша площа опікової поверхні, тим вищий ризик розвитку опікового шоку і тим тяжче стан постраждалого.

Загальна площа шкірних покривів в середньому становить 2 м² (додаткову площу мають слизові оболонки дихальних шляхів, глотки, стравоходу). Таким чином, не завжди видима площа опіків є дійсною.

Площа опікової поверхні вимірюється у процентному відношенні від загальної площі поверхні тіла, ураженої поверхневими або глибокими опіками. Існують методи визначення загальної площі опікової поверхні, в тому числі:

- правило «дев'яток» (див. рис. 37):
- голова і шия – 9 %;
- верхня кінцівка – 9 %;
- нижня кінцівка – 18 %;
- передня і задня поверхня тулуба – по 18 %,
- площа зовнішніх статевих органів і промежини, як і площа долоні, становить 1 % поверхні тіла;

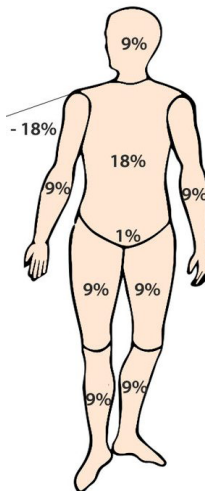


Рис. 37. Правило «дев'яток»

- правило «долоні» (див. рис. 38):
- розмір долоні становить приблизно 1 % загальної площі поверхні тіла;
- для вимірювання площі опікової поверхні використовують долонь постраждалого.

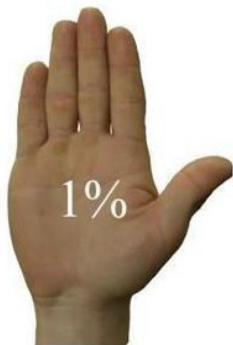


Рис. 38. Правило «долоні»

На практиці використовують обидва способи: при обмежених опіках застосовують правило «долоні», при великих – правило «дев'яток».

В залежності від причини виникнення, розрізняють:

- термічні – опіки, що виникають внаслідок дії джерел тепла (наприклад, полум'я, розпечених металів, гарячої води тощо);
- хімічні – опіки, що спричиняються дією будь-якої хімічної речовини;
- електроопіки – спричиняються проходженням електричного струму через тіло постраждалого;
- променеві – виникають внаслідок дії випромінювання (наприклад, сонячного, радіаційного);
- сонячний опік – різновид термічної травми, спричинений дією ультрафіолетового випромінювання.

Вважається, що 10 % і більше ураженої поверхні викликає у постраждалого шок.

Задача 1.

Палає приватний житловий будинок. З вікна першого поверху вистрибує постраждалий, на якому горить одяг на спині, в руках тримає дитину 2 років, загорнуту у простирadlo. Піднімається і намагається бігти. Постраждалий хоче щось сказати, але не може. На пожежу приїхав розрахунок ДПРЧ.

Вирішення задачі:

Склад групи 8 слухачів: 2 особи імітують постраждалих; решта – розрахунок рятувальників.

Правильні дії рятувальників:

1. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці.

2. Командир забирає у постраждалого дитину та проводить її первинний огляд (див. загальні правила).

3. Під час огляду дитини встановлено: у дитини опіків не має (оскільки дитина була загорнута в простирadlo), дитина активна.

4. Якщо на місці події бригади ЕМД не має, – один з рятувальників викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

5. Водночас, інший рятувальник гасить палаючий на постраждалому одяг, після чого проводить первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

Для проведення повноцінного огляду постраждалого потрібно роздягти. Неприпустимо відривати одяг, що пристав до обпеченої шкіри, бо це посилює біль і може призвести до втрати свідомості. Натомість потрібно обрізати одяг навколо уражених ділянок.

6. Під час огляду постраждалого встановлено: опіки II ст. обох передпліч, рятувальник обливає опечену поверхню холодною водою для знеболювання і запобігання поглиблення ступеню опіку. Після чого накриває опечене місце вологою тканиною (серветкою або марлею) та фіксує її пов'язкою без додаткового тиску.

Не слід навмисно проколювати пухирі, які утворилися на місці опіку.

Небезпеку для життя становить не тільки опік шкіри та наявність опікового шоку, але й опік дихальних шляхів, на що вказує

відсутність голосу у дорослого постраждалого, тим більше, що він певний час знаходився в замкненому просторі, а відтак, вдихав не тільки чадний газ, але й гаряче повітря. Внаслідок опіку дихальних шляхів може настати їх спазм, зупинка дихання і серцевої діяльності, тобто клінічна смерть (в цьому випадку рятувальник розпочинає СЛР – (див. загальні правила)).

7. Вкриває постраждалого термопокривалом.

8. Постійно наглядають за станом постраждалих до приїзду бригади ЕМД.

9. При погіршенні стану постраждалих до приїзду бригади ЕМД, – повторно телефонують диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 2.

Група відпочиваючих (8 осіб) приїхала на берег моря. Середина липня, температура повітря +37°C. Один з них заснув на пляжі. Приблизно через 40 хв. він прокинувся від пекучого болю в спині і плечач.

Постраждалий скаржиться на сильний біль у спині, спрагу, головний біль, задишку, озноб, стогне, просить пити.

Один з відпочиваючих (рятувальник за фахом) бере на себе керівництво по наданню постраждалому домедичної допомоги.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

2. При первинному огляді постраждалого, – виявлено:

- на спині шкіра червона, з пухирями жовтого кольору;
- задишка (32 дихальних рухів/хв.);
- тахікардія (пульс 105 уд./хв.);
- висока температура тіла (орієнтовно 38-39°C).

У постраждалого сонячний опік I ступеня, площею приблизно 16 % поверхні тіла.

3. Згідно із вказівкою рятувальника:

- одна людина викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила);

- решта (п'ятеро) – транспортують постраждалого в тінь, дають йому пити воду, укладають на живіт, поливають холодною водою спину;

- один з відпочиваючих намагався змастити спину постраждалого дитячим кремом і розкрити пухирі, але рятувальник заборонив це робити та послав цього чоловіка до найближчої аптеки купити розчин фурациліну і марлю.

4. Рятувальник накладає марлю, рясно змочену фурациліном, на спину постраждалого.

5. Вкриває постраждалого термопокривалом.

6. Постійно наглядає за станом постраждалого до приїзду бригади ЕМД.

7. При погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД повторно телефонує диспетчеру (див. загальні правила).

Тепловий удар – це гострий патологічний стан, що виникає внаслідок порушення терморегуляції організму при дії високої температури і надмірної вологості навколишнього середовища.

До групи ризику відносяться рятувальники аварійно-рятувальних загонів. Їх спецодяг (т. звані «бойовки») не пропускає вологи, що підвищує вірогідність виникнення у рятувальника теплового удару.

Задача 3.

У житловому будинку стався вибух. До місця події негайно вирушив розрахунок рятувальників. Пожежу було ліквідовано, але оскільки в напівпідвальному приміщенні могли знаходитися під завалами люди, – бійці ведуть пошуково-рятувальну роботу.

Температура в приміщенні складає приблизно $+50-55^{\circ}\text{C}$, вологість висока.

Склад розрахунку – 6 осіб.

Під час виконання пошукових робіт один з рятувальників втратив свідомість і впав.

Правильні дії рятувальників:

1. Командир проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього

розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

2. При первинному огляді постраждалого, – виявлено:

- постраждалий без свідомості;
- дихання: поверхнєве, часте;
- пульс до 110 уд./хв.;
- поодинокі судоми нижніх кінцівок.

3. Визначений командиром рятувальник викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

4. Двоє рятувальників негайно евакуюють постраждалого на повітря, в безпечне місце.

5. Один з рятувальників змочує обличчя постраждалого водою, – останній прийшов до тями. Рятувальник знімає з нього спецодяг. Дає постраждалому випити велику кількість води.

6. Проводить обережний масаж м'язів нижніх кінцівок.

7. Розміщує вологі, прохолодні компреси в ділянці проходження великих судин (бокова поверхня шиї, підпахвинні ділянки) та на лобі.

8. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

9. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

4.10. Домедична допомога постраждалим унаслідок переохолодження/відмороження

Переохолодження – патологічний стан, що розвивається при тривалій дії холоду на весь організм, у результаті чого виникає порушення кровообігу. Загальне переохолодження організму може виникати як при температурах нижче, так і вище нуля. Температура тіла при цьому падає нижче 35°C.

Ознаки:

- шкірні покриви бліді або синюшні, холодні;
- чутливість (тактильна та больова) відсутня або різко знижена;
- при розтиранні та зігріванні – виникає сильний біль у пальцях стоп та рук;
- в'ялість;
- брадикардія (зменшення частоти пульсу);
- гіпотензія (зниження артеріального тиску).

Переохолодження настає швидше при потраплянні в холодну воду, при алкогольному сп'янінні, а також після крововтрати або травм. Тривалий вплив низьких температур призводить до пригнічення функцій організму. Людина може загинути, якщо температура тіла знизиться до 34°C.

Визначено 3 ступеня переохолодження.

- *I ступінь переохолодження (легкий)* – температура тіла людини знижується до 34-35°C, з'являється утруднення мови, озноб, тремтіння кінцівок, синюшність шкіряних покривів та губ, біль у пальцях рук і ніг, поява «гусячої шкіри», сонливість, загальна слабкість, поверхневе дихання, можливі відмороження;

- *II ступінь переохолодження (середній)* – температура тіла знижується до 31°C, уповільнюється серцебиття та дихання, знижується артеріальний тиск, з'являється сонливість, можливі тяжкі ступені відмороження кінцівок; втрачається спроможність до самостійного пересування.

- *III ступінь переохолодження (тяжкий)* – температура тіла менше 31°C, виникає блювота і судоми, відбувається кисневе голодування мозку, людина не може самостійно рухатися, настає втрата свідомості, життєві функції поступово згасають, відбувається зупинка серця і дихання.

Основні правила профілактики переохолодження:

- багат шаровість одягу: між шарами одягу утворюється повітряний прошарок, який утримує тепло;
- шапка і рукавиці – обов'язково: через долоні та оголену голову втрачається чимало тепла;

- взуття із товстою підошвою: воно має бути просторим, підібраним за розміром та не стискати ногу, щоби підтримувати нормальний кровообіг;
- рухатись: не стояти на місці, рухи прискорюють кровообіг не дають замерзнути;
- ситість: обов'язково поїсти перед виходом на вулицю;
- зайти в тепле приміщення кожні півгодини: відчули печіння на шкірі – шукайте, де зігрітися;
- не носити металеві прикраси: так уникнете ризику відмороження окремих ділянок чи холодових травм;
- не курити і не намагатися зігрітись алкоголем: куріння зменшує швидкість кровообігу в кінцівках, а алкоголь лише створює ілюзію тепла, а насправді призводить до величезної його втрати;
- тепле пиття: плануєте деякий час бути на вулиці – візьміть із собою термос з чаєм;
- не бути байдужими до оточуючих: підказати адресу пункту обігріву тим, хто цього потребує.

Відмороження – це ушкодження тканин, що виникає внаслідок дії низьких температур на організм людини.

Відмороження може виникнути не тільки при зовнішній температурі нижче нуля, але і при температурі +4, +8°C і навіть вище.

До числа факторів, що сприяють розвитку відмороження, відносяться:

- вітер;
 - тривала дія холоду;
 - вологість повітря;
 - сире і тісне взуття;
 - відсутність рукавичок;
 - стан алкогольного сп'яніння;
 - ослаблення організму (похилий вік, хвороба, крововтрата);
 - ушкодження кінцівки та інші чинники ускладнення кровообігу.
- Відмороженню найчастіше піддаються пальці рук і ніг, обличчя і вушні раковини. Відмороження великих ділянок тіла (сідниць, живота тощо) спостерігається вкрай рідко. Відмороження

кінцівок вище гомілково-ступневого та променево-зап'ясткового суглобів спостерігаються рідко і зазвичай закінчуються смертельно. Це відбувається тому, що подібні відмороження виникають, майже як правило, при замерзанні.

Відмічають чотири ступеня відмороження (див. рис. 39):





Ступінь відмороження	Постраждалі шари	Зовнішній вигляд	Зображення
I ст.	Поверхневий шар шкіри	Шкіра бліда з темно-червоними або синіми плямами	
II ст.	Проникає у поверхневий шар шкіри	Утворюються пухирі, наповнені прозорою рідиною з геморагічним відтінком. Пухирі розміщені в зоні ураження і вкриті тонким шаром епідермісу, шкіра багряно-синювата з темно-червоними та фіолетовими плямами	
III ст.	Проходить через всю товщу шкіри	Характеризується омертвінням поверхневих шарів шкіри, що призводить до набряку і появи пухирів з рідиною темно-червоного кольору в місці ураження	
IV ст.	Проходить через всю шкіру до жиру, м'язів і кісток	Характеризується некрозом усіх шарів шкіри, м'яких тканин, темно-сірим або чорним кольором місця ураження	

Рис. 39. Характеристика ураження залежно від ступеня відмороження

Задача 1.

Рятувальник, ідучи на службу, помітив на зупинці чоловіка, який напівлежав на лавці. Температура повітря нижче -10°C . На запитання: «Що з Вами?» – постраждалий не відреагував.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

2. При первинному огляді постраждалого виявлено:

- відсутність свідомості;
- відсутність дихання.

3. Рятувальник викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику та повідомляє про початок проведення СЛР у співвідношенні: 30 компресій / 2 вдихи (див. загальні правила).

4. Рятувальник залучає двох пересічних громадян до проведення СЛР.

5. Після відновлення дихання, – рятувальник і пересічні громадяни переносять постраждалого до теплого приміщення (магазину, аптеки тощо), що знаходиться біля зупинки та проводить вторинний огляд, під час якого виявлено:

- блідість шкіри;
- шкіра пальців на руках на дотик холодна.

6. Проводять загальне зігрівання постраждалого, дають безалкогольні гарячі напої. Не рекомендується інтенсивне розтирання і масаж відмороженої частини тіла.

7. Забезпечує нерухомість переохолоджених пальців (при необхідності – виконує іммобілізацію за допомогою імпровізованих або стандартних шин).

8. Вкриває постраждалого термопокривалом.

9. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

10. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 2.

Рятувальник брав участь у аварійно-рятувальних роботах (пожежогасінні) – протягом 2 годин працював на відкритому повітрі при температурі -17°C . Приблизно через півгодини після прибуття до своєї частини, відчув біль, печію і поколювання в пальцях рук і ніг. Постраждалий скаржиться на головний біль, слабкість, роздягнутий сам не зміг.

Правильні дії рятувальників:

1. Командир проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

2. При первинному огляді постраждалого виявлено:

- свідомість не порушена;
- дихання не порушено;
- блідість шкіри;
- рухи в суглобах рук уповільнені;
- шкіра пальців на руках на дотик холодна.

3. Другий рятувальник викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

4. Інші рятувальники допомагають постраждалому обережно зняти одяг та взуття, без зусиль, щоб не ушкодити уражені ділянки тіла (за необхідності, взуття та одяг розрізають).

5. Один з рятувальників проводить вторинний огляд постраждалого. При огляді встановлює набряк та почервоніння шкіри стопи, пухирі яскраво-червоного кольору, рухи в суглобах обмежені та болісні.

6. Проводить загальне зігрівання постраждалого:

- дають безалкогольні гарячі напої (чай, кава);
- не рекомендовано робити інтенсивне розтирання і масаж відморожених частин тіла.

7. Накладає на ушкоджені кисть і стопу чисті, стерильні пов'язки.

8. Забезпечує знерухомлення обморожених пальців рук і ніг, при необхідності – виконує іммобілізацію за допомогою імпровізованих або стандартних шин.

9. Надає постраждалому зручне положення.
10. Вкриває постраждалого термопокривалом.
11. Постійно наглядає за станом постраждалого до приїзду бригади ЕМД.
12. При погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД, – повторно телефонує диспетчеру (див. загальні правила).

4.11. Домедична допомога в разі утоплення

Утоплення – це загибель або безпосередній загрозовий для життя стан, що настає в результаті проникнення рідини в дихальні шляхи постраждалого.

В Україні щороку від утоплення помирає понад 4 тисячі чоловік, яких можна було б врятувати, якщо вчасно і правильно надати їм домедичну допомогу. У першу хвилину після утоплення можна врятувати понад 90 % потопельників, а через 6-7 хв. лише 1-3 %.

За причинами і ознаками утоплення поділяють на:

- сухе («біле») утоплення – це раптова зупинка дихання під водою рефлекторного характеру (наприклад, холодна вода, переляк) або патологічного стану (наприклад, зупинка серця): вода при такому утопленні не потрапляє у дихальні шляхи;

- вологе («синє») утоплення – це раптова зупинка дихання внаслідок потрапляння води у дихальні шляхи.

Головними ознаками «білого» утоплення є:

- блідий колір шкіри;
- свідомість відсутня;
- відсутність дихання;
- серцева діяльність або відсутня або збережена;

Головними ознаками «синього» утоплення є:

- синьо-сірий колір шкіри;
- свідомість або відсутня або збережена;
- відсутність або наявність дихання;
- серцева діяльність або відсутня або збережена.

Однією з найважливіших особливостей утоплень, яку необхідно враховувати у всіх випадках порятунку потопельників, є «ефект наслідків» або відтермінована смерть: через деякий час (зазвичай, 2 години і більше) у постраждалого, який знаходився у задовільному стані, раптово можуть виникнути прогресуючий набряк легенів, серцево-судинна недостатність і швидке настання смерті.

Не можна орієнтуватись на задовільний загальний стан постраждалого після проведення вдалої СЛР: у всіх випадках, незалежно від загального стану, нормального пульсу, дихання та/або тверджень: «Я здоровий», – постраждалий підлягає негайній госпіталізації!

Задача 1.

Влітку на озері, пірнаючи з «тарзанки», на поверхню не випливла молода людина. Серед друзів був рятувальник.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього, від повинен:

- пірнути;
- дістати постраждалого;
- доправити його до берега;

- при витягуванні постраждалого з води залучити оточуючих на допомогу, фіксуючи при цьому шийний відділ хребта мануально.

2. Рятувальник проводить первинний огляд постраждалого:

- визначає наявність свідомості (див. загальні правила) – постраждалий без свідомості;
- відновлює прохідність дихальних шляхів методом висування нижньої щелепи (див. рис. 40);
- визначає наявність дихання (див. загальні правила) – дихання не має;
- відновлює постраждалому прохідність дихальних шляхів методом висування нижньої щелепи (див. рис. 40) та виконує

штучне дихання (5 вдихів), після чого повторно визначає наявність дихання (див. загальні правила) – дихання не має;

- за допомогою оточуючих викликає бригаду ЕМД та повідомляє про початок проведення СЛР у співвідношенні: 30 компресій / 2 вдихи (див. загальні правила).



Рис. 40. Відновлення прохідності дихальних шляхів методом висунання нижньої щелепи

3. Рятувальник проводить СЛР до появи ознак життя (дихання, рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.

4. У разі вдало проведеної СЛР, – рятувальник переводить постраждалого у стабільне положення (див. загальні правила) та до прибуття бригади ЕМД фіксує шийний відділ хребта та забезпечує прохідність дихальних шляхів.

5. Вкриває постраждалого термопокривалом.

6. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

7. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила).

Задача 2.

Внаслідок повені влітку на Закарпатті виникла загроза прориву дамби. Підрозділ рятувальників тільки-но прибув для участі в укріпленні дамби, як рятувальники побачили на даху одного з

будинків жінку з дитиною 6-7 років, які рятувалися від води, що піднімалася. До постраждалих негайно вирушив рятувальний човен з двома рятувальниками на борту.

До прибуття човна дитина не втрималась на даху, впала у воду де робила судорожні, не свідомі і не координовані рухи, намагаючись втриматись на поверхні. Жінка стрибнула за нею у воду та потонула.

Коли командир відділення побачив, що трапилося, то негайно додатково направив рятувальний човен з професійними водолазами-рятувальниками для вилучення жінки з води. Також негайно було викликано бригаду ЕМД.

Дитину достатньо швидко дістали з води: дитина в свідомості, перелякана, пульс та дихання прискорені, тому рятувальний човен негайно вирушив до берега для подальшої її евакуації до лікувального закладу.

У той же час водолази-рятувальники підняли з води жінку на борт рятувального човна.

Вирішення задачі:

Склад групи 8 слухачів: 2 особи імітують потопельників (постраждалих, один з них – жінка), решта – працюють рятувальниками.

Завдання «рятувальників»:

- оцінити стан постраждалих;
- обґрунтувати алгоритм своїх дій.

Правильні дії рятувальників:

1. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалої (див. загальні правила).

2. Рятувальник:

- визначає наявність свідомості (див. загальні правила) – постраждала без свідомості;
- відновлює прохідність дихальних шляхів методом висунання нижньої щелепи (див. рис. 40);
- визначає наявність дихання (див. загальні правила) – дихання не має;

- відновлює постраждалій прохідність дихальних шляхів методом висування нижньої щелепи (див. рис. 40) та виконує штучне дихання (5 вдихів), після чого повторно визначає наявність дихання (див. загальні правила) – дихання не має.

3. Інший рятувальник викликає бригаду ЕМД та повідомляє про початок проведення СЛР у співвідношенні: 30 компресій / 2 вдихи (див. загальні правила).

4. Рятувальник проводить СЛР до появи ознак життя (дихання, рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.

5. У разі вдало проведеної СЛР, – рятувальник переводить постраждалу у стабільне положення (див. загальні правила) та до прибуття бригади ЕМД фіксує шийний відділ хребта та забезпечує прохідність дихальних шляхів.

6. Вкриває постраждалу термопокривалом.

7. Забезпечує постійний нагляд за постраждалою до приїзду бригади ЕМД.

8. В разі погіршення стану постраждалої до приїзду бригади ЕМД повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила), бути готовим до проведення СЛР.

Неприпустимо:

- при наданні домедичної допомоги постраждалій (постраждалому) видаляти рідину з дихальних шляхів.

Задача 3.

Влітку компанія, яка відпочивала на березі річки, помітила рибалку, який випав з човна, що перевернувся. Температура води та повітря +18-20°C. Рибалка, намагаючись втриматись за човен, став утомлюватись та кликати на допомогу.

Склад групи 8 слухачів: 1 особа імітує рибалку (постраждалого), друга людина (за фахом рятувальник, який володіє навичками надання домедичної допомоги (не на службі)), решта – виконують роль пересічних громадян.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці.

2. Один з пересічних громадян викликає бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

3. Рятувальник, з двома фізично міцними особами пливе до потопуючого з огляду на те, що при буксируванні потопуючого до берега, він може поводити себе не адекватно (судорожні, не свідомі і не координовані рухи), що може бути небезпечним як для потопуючого, так і для рятувальника.

4. Підпливаючи до постраждалого:

- користуватись рятувальним жилетом або іншими засобами, що дозволять утримуватись на воді (рятувальний круг, надувний матрац тощо);

- підпливати до потопуючого зі спини;

- при наближенні до потопуючого попросити його заспокоїтись та пояснити, що Ви в змозі надати допомогу.

5. Рятувальник буксирує потопуючого до берега (див. «Техніка буксирування потопуючого до берега»).

6. При витягуванні потопуючого з води фіксувати шийний відділ хребта мануально.

7. Рятувальник розпочинає первинний огляд постраждалого:

- визначає наявність свідомості (див. загальні правила);

- якщо постраждалий без свідомості:

- відновлює прохідність дихальних шляхів методом висування нижньої щелепи (див. рис. 40);

- визначає наявність дихання (див. загальні правила);

- якщо дихання не має:

- відновлює постраждалому прохідність дихальних шляхів методом висування нижньої щелепи (див. рис. 40) та виконує штучне дихання (5 вдихів), після чого повторно визначає наявність дихання (див. загальні правила);

- якщо дихання не має:

- за допомогою оточуючих викликає бригаду ЕМД та повідомляє про початок проведення СЛР у співвідношенні: 30 компресій / 2 вдихи (див. загальні правила);

- проводить СЛР до появи ознак життя (дихання, рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД;

- у разі вдало проведеної СЛР, – переводить постраждалого у стабільне положення (див. загальні правила) та до прибуття бригади ЕМД фіксує шийний відділ хребта та забезпечує прохідність дихальних шляхів;

- якщо постраждалий у свідомості:

- до прибуття бригади ЕМД фіксує шийний відділ хребта та забезпечує прохідність дихальних шляхів.

8. Вкриває постраждалого термопокривалом.

9. Забезпечує постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

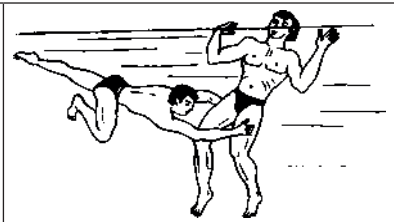
10. В разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД повторно зателефонувати диспетчеру (див. загальні правила), бути готовим до проведення СЛР.

Захвати потопачим є небезпекою для нього і для рятувальника, так як створюють пряму загрозу життю обом. Тому знання особливостей попередження захоплень і звільнення від них має, по суті справи, таке ж значення, як навчання плаванню.

У подібних ситуаціях діяти потрібно дуже швидко і енергійно (практично в автоматичному режимі), з чітким дотриманням всіх особливостей методів.

4.11.1. Техніка попередження захвату рятувальника потопачим

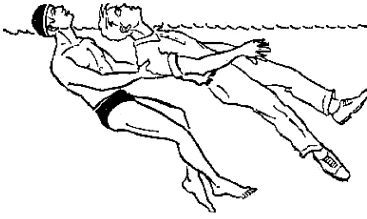
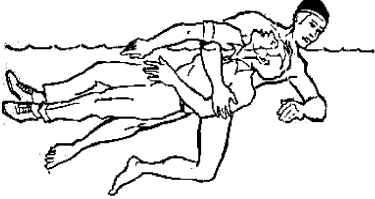
Для попередження захвату потрібно повернути потопачого на спину або спиною до себе.



4.11.2. Техніка визволення рятувальника
від захвату потопуючого

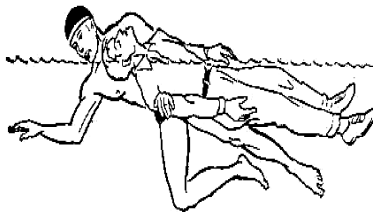
<p>1. Якщо все-таки потопуючий захопив рятувальника за руки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - різким ривком розвести руки потопуючого в сторони та звільнитись. 	
<p>2. Якщо все-таки потопуючий захопив рятувальника за шию:</p> <ul style="list-style-type: none"> - долонею однієї руки упертись в підборіддя потопельника, першим та другим пальцем тієї ж руки затиснути його ніс, а іншою рукою охопити поперек. 	
<p>3. Якщо все-таки потопуючий захопив рятувальника за ззаду або спереду:</p> <ul style="list-style-type: none"> - схопити потопуючого однією рукою за кисть, іншою підняти лікоть його другої руки і звільнитись із захвату; 	
<p>4. Якщо все-таки потопуючий захопив рятувальника за ноги:</p> <ul style="list-style-type: none"> - негайно охопити голову потопуючого правою рукою за підборіддя, фіксуючи рот (для виключення укусу); лівою рукою охопити лоб. Тут же, негайно, різко повернути голову в протилежну сторону до упору і на себе, з одночасною фіксацією чола і поворотом корпусу потопуючого спиною до себе. 	

4.11.3. Техніка буксирування потопуючого до берега

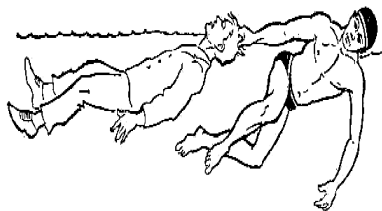
<p>Буксирування за голову:</p> <ul style="list-style-type: none">- рятувальник виконує цей прийом витягнутими руками;- бере голову потопуючого таким чином, щоб великі пальці рук лежали на щоках, а мізинці - під нижньою щелепою потопуючого;- пливучи на спині, - працює одними ногами, припіднімаючи обличчя над поверхнею води.	
<p>Буксирування під пахви:</p> <ul style="list-style-type: none">- рятувальник міцно підхвачує потопуючого під пахви;- пливучи на спині, - працює одними ногами, припіднімаючи обличчя над поверхнею води.	
<p>Буксирування під руку:</p> <ul style="list-style-type: none">- виконується при наближенні до потопуючого ззаду;- рятувальник просуває свою праву руку під праву руку потопуючого, бере його за ліву руку вище ліктьового суглобу і притискає його спиною до себе;- пливучи на боці припіднімаючи обличчя над поверхнею води.	

Буксирування вище ліктів:

- здійснюється тоді, коли рятувальник охоплює обидві руки потопуючого за лікті, відтягує їх назад, потім просуває свою ліву руку спереду під пахви і проводить її за спину потопуючого;
- потім лівою рукою захоплює праву руку потопуючого вище ліктів і сильно притискає його до себе спиною;
- захват для буксирування можна виконувати і правою рукою, якщо рятувальник пливе на лівому боці;
- пливучи на боці припіднімаючи обличчя над поверхнею води.

**Буксирування за волосся або за комір одягу:**

- рятувальник, захоплюючи волосся або комір одягу потопуючого, пливе на боці, працюючи вільною рукою і ногами;
- буксирувати потопуючого слід витягнутою рукою, підтримуючи його голову над водою, щоб вода не потрапляла у дихальні шляхи.

**Неприпустимо:**

- видаляти у потопельника рідину з дихальних шляхів.

Однією з найважливіших особливостей утоплень, яку необхідно враховувати у всіх випадках порятунку потопельників, є

«ефект наслідків» або відтермінована смерть: через деякий час (зазвичай, дві години і більше) у постраждалого, який знаходився у задовільному стані, раптово можуть виникнути прогресуючий набряк легенів, серцево-судинна недостатність і швидке настання смерті.

Не можна орієнтуватись на задовільний загальний стан постраждалого після здійснення реанімаційних заходів – це хибна тактика! У всіх випадках, незалежно від загального стану постраждалого, нормального пульсу, дихання, тверджень – «я здоровий» і тому подібне, – постраждалий підлягає негайній госпіталізації!

4.12. Домедична допомога в разі судом (епілепсії)

Епілепсія – це хронічне неврологічне захворювання, що характеризується схильністю до раптового виникнення судомних нападів.

Ці напади можуть мати різний характер: від швидкоплинних і майже непомітних проявів, до появи тривалих судом. Для епілепсії характерне раптове виникнення нападів із рецидивами впродовж життя. У більшості випадків, причина хвороби невідома, але у деяких людей епілепсія виникає внаслідок раніше перенесеної ЧМТ, інсульту, пухлини головного мозку, зловживання наркотичними речовинами й алкоголем тощо.

Задача 1.

Рятувальник з дружиною зайшли до супермаркету за покупками. Під час проходження між рядами з продуктами людина, що розглядала продукцію на полиці раптово впала на підлогу. З рота виділяється піниста слина, спостерігається загальне скорочення м'язів постраждалого. Постраждалий лежить на спині вигнувшись дугою і спираючись на голову та п'яти. Через хвилину постраждалий випростався і почались судоми м'язів ніг рук та тулуба, в наслідок чого він почав битися головою об підлогу.

Правильні дії рятувальника:

1. Рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

2. Просить дружину негайно викликати бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

3. З огляду на те, що місце події не є небезпечним, – рятувальник вирішує надавати домедичну допомогу на місці випадку.

4. Не намагається насильно стримувати судомні рухи постраждалого.

5. За допомогою оточуючих, підкладає під його голову м'які речі та підтримують її (з метою попередження травми).

6. Розстібає стискаючий одяг (потрібно розстібнути комір та сорочку, послабити краватку) у постраждалого.

7. Для попередження потрапляння до верхніх дихальних шляхів слини, крові тощо, рятувальник за допомогою оточуючих, повертає постраждалого на бік.

8. Один з оточуючих намагався розкрити рот постраждалого за допомогою ключа, – рятувальник заборонив проведення невірних дій.

9. Також рятувальник заборонив силоміць давати рідину та будь-які ліки постраждалому під час судом.

10. Після припинення судом, – рятувальник повторно оглядає постраждалого та визначає наявність свідомості та дихання (див. загальні правила).

11. В разі зупинки у постраждалого дихання, – рятувальник повторно викликає ЕМД (повідомляє про початок проведення СЛР) та проводить СЛР (див. загальні правила) до появи ознак життя (дихання, рухової активності) або до прибуття бригади ЕМД.

12. Постійно наглядає за станом постраждалого до приїзду бригади ЕМД.

13. При погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД повторно телефонує диспетчеру (див. загальні правила).

Неприпустимо:

- намагатись насильно стримувати судомні рухи постраждалого;
- намагатись розкривати рот у постраждалого за допомогою підручних засобів;
- намагатись силоміць вливати воду та будь-які ліки постраждалому під час судом.

4.13. Домедична допомога в разі передозування опіоїдами

Опіоїди – це психоактивні речовини, що виготовляються з опійного маку (або їх синтетичні аналоги), що здатні зв'язуватися з опіоїдними рецепторами організму.

Насамперед це найпотужніші анальгетики (засоби, що усувають больовий синдром).

Особами з підвищеним ризиком передозування опіоїдами є:

- особи, які залежні від опіоїдів, зокрема ті, що мають досвід передозування та/або знижену толерантність (після детоксикації, звільнення від ув'язнення, припинення лікування);
- особи, які застосовують опіоїди за призначенням, зокрема застосування у підвищених дозах;
- особи, які застосовують опіоїди в комбінації зі снодійними та седативними речовинами;
- особи, які застосовують опіоїди та мають інші тяжкі захворювання (вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), захворювання печінки або легень, депресія);
- особи, які вживають наркотичні засоби шляхом ін'єкцій, особливо при першому їх використанні;
- особи, які спільно проживають з особами, залежними від опіоїдів.

Задача 1.

В жиллому будинку серед ночі сталася пожежа. Сусіди викликали рятувальників. Підрозділ рятувальників, що прибув на місце

пожежі, загасив полум'я та витяг на повітря мешканця будинку, віком 30-35 років. Стан постраждалого свідчив про можливе отруєння опіоїдами.

Правильні дії рятувальника:

1. Визначений командиром рятувальник проводить огляд місця події (див. загальні правила), щоб упевнитися у власній безпеці, і тільки після цього розпочинає первинний огляд постраждалого (див. загальні правила).

2. Командир відділення поставив задачу одному з рятувальників негайно викликати бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

3. При первинному огляді постраждалого:

- визначив, що постраждалий без свідомості, у нього наявні блювання та судоми;

- забезпечив прохідність верхніх дихальних шляхів (див. загальні правила);

- перевірів наявність дихання (див. загальні правила) – дихання присутнє;

- перевірив постраждалого в стабільне положення (див. загальні правила).

4. Під час повторного огляду постраждалого, – було виявлено свіжі сліди від уколів у ділянці ліктьового згибу, що може свідчити про залежність особи від опіоїдів. Можливості уточнити, що саме та в якій кількості приймав постраждалий не має, оскільки постраждалий без свідомості.

У постраждалого:

- пригнічене дихання (менш як 10-12 вдихів/хв.);

- слабкий пульс;

- суттєве звуження зіниці (діаметр менш як 2 мм);

- бліді шкірні покриви;

- ціаноз губ та кінчиків пальців;

- ознаки опіків відсутні.

5. З огляду на виявлені ознаки, – командир рятувальників приймає рішення застосувати антидот (налоксон), якщо він наявний у складі аптечки.

Рятувальник, який надає постраждалому необхідну допомогу, – може вводити антидот (налоксон) у дозуванні від 0,4 мг до 2 мг внутрішньом'язово при використанні ін'єкційної форми або 2 мг в носову порожнину (при використанні інтраназальної форми: розпилювання 1 мл антидоту (налоксону) у дозі 1 мг/мл у кожному ніздрю носа). Оптимальним методом введення антидоту (налоксону) рятувальником є інтраназальне введення (в порожнину носа без порушення цілісності шкірних покривів) для розпилення на слизову оболонку. У разі використання розчину для ін'єкцій, – внутрішньом'язову ін'єкцію слід робити у зовнішню поверхню плеча або стегна.

6. Після введення антидоту (в разі необхідності) рятувальники готові до проведення СЛР (див. загальні правила).

7. Якщо дихання та свідомість не відновилися протягом 3-5 хв., – антидот (налоксон) вводять повторно.

8. Командир наказує одному з рятувальників забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

9. При погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД повторно телефонує диспетчеру (див. загальні правила), бути готовим до проведення СЛР.

4.14. Домедична допомога під час екстрених пологів

Вагітність – це фізіологічний процес в організмі жінки, при якому з заплідненої яйцеклітини розвивається плід.

Нормальна вагітність триває від 38 до 42 тижнів (9 календарних місяців або 10 місячних місяців або 280 днів).

Пологи – це фізіологічний акт, який виникає в результаті складних нейрофізіологічних, обмінних та інших змін в організмі вагітних, метою якого є вигнання плода і посліду з матки.

Виділяють три періоди пологів.

Перший період (періодом розкриття) – це час від появи регулярних перейм до повного розкриття маткового зіву (див. рис. 41).

Під час кожної перейми збільшується внутрішньо-матковий тиск, поступово відбувається розкриття внутрішнього зіву, згладжування шийки і розкриття зовнішнього зіву. На висоті однієї з перейм, при повному або майже повному розкритті маткового зіву, розриваються плідні оболонки і назовні виливаються передні навколоплідні води в кількості 100-200 мл.

Тривалість періоду розкриття у жінок, які народжують вперше, складає 12-18 годин, а у тих, що повторно – майже вдвічі менше.



Рис. 41. Перший період фізіологічних пологів

Другий період (період вигнання), який починається від моменту повного розкриття маткового зіву і закінчується народженням дитини (див. рис. 42).

Перейми, після відходження навколоплідних вод, – слабшають, проте вони через деякий час поновлюються і до них приєднуються потуги (ритмічні скорочення черевної стінки, діафрагми та м'язів тазового дна). Потуги тривають одна за одною, повторюючись через 3-5 хв., збільшуючи внутрішньо-матковий тиск. Плід поступово наближається передлежачою частиною до тазового дна. Через деякий час голівка, просунувшись до виходу з малого тазу, ще більше – з'являється зі статевої щілини, і в паузах між потугами вже не повертається в родові шляхи. Такий стан називається прорізуванням головки.

Тривалість другого періоду становить 1-2 години, а в повторюючих жінок – 30-45 хв.



Рис. 42. Другий період пологів

Третій період (послідовий період), який захоплює проміжок від моменту вигнання плода до народження посліду (див. рис. 43).

Виникають послідові перейми, які призводять до поступового відділення плаценти від стінок матки. Послідовий період супроводжується фізіологічною крововтратою, що становить близько 250 мл.

Тривалість послідового періоду однакова як у жінок, які народжують уперше, так і в жінок, які народжують не вперше, та складає 20-30 хв.

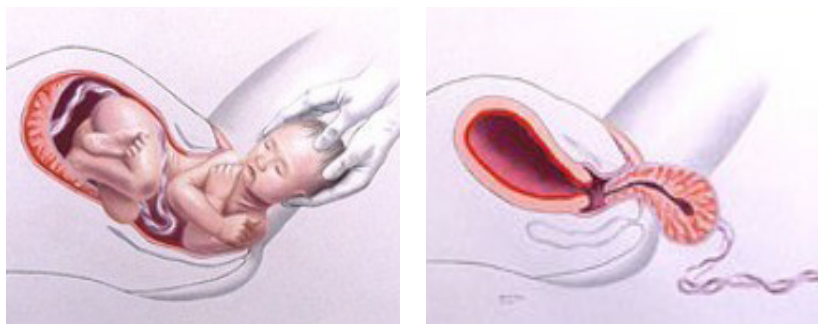


Рис. 43. Третій період пологів

Задача 1.

Влітку у п'яти поверховому будинку в квартирі, яка розташована на третьому поверсі, вночі стався вибух. Карети ЕМД, які прибули на місце події, евакуювали постраждалих до лікувальних закладів. Бригада рятувальників ліквідує наслідки вибуху. До одного з рятувальників підійшла вагітна жінка в стані нервового збудження, вона вважає, що у неї розпочалася передчасна родова діяльність.

Вирішення задачі:

Склад групи 8 слухачів: 1 особа імітує породілля, решта – розрахунок рятувальників.

Завдання рятувальників:

- провести огляд місці події (дивись загальні правила);
- оцінити стан вагітної жінки;
- обґрунтувати правильність своїх дій.

Правильні дії рятувальників:

При виконанні своїх дій рятувальники повинні бути впевнені в особистій безпеці та безпеці оточуючих.

1. Виходячи із стану вагітної жінки (стрес, неадекватна поведінка), найбільш досвідчений рятувальник намагається її заспокоїти використовуючи прийом: «Настанова на позитивний результат». Злегка пригорнувши жінку до себе зі словами: «Я поруч», «Все буде гаразд», «Довіртеся мені», поступово відводить її в безпечне місце.

2. У результаті перенесеного стресу, у вагітної жінки раптово розпочалася родова діяльність, оскільки в таких випадках м'язи розслаблюються і це призводить до стрімких пологів. Командир розуміє, що почались пологи, дізнається у породіллі про термін вагітності і положення плоду. Один з рятувальників одержав наказ командира і викликав бригаду ЕМД, пояснивши диспетчеру причину виклику (див. загальні правила).

3. Перший період пологів (розкриття) – рятувальник заспокоює породіллю, при можливості знаходить зручне місце для неї (наприклад, породілля може лежати на спині з піднятою головою або ходити при нормальному самопочутті). Дає команду своїм

підлеглим підготувати чисту тканину, воду та рушники для можливого прийняття пологів.

4. Зважаючи на стресовий стан породіллі період розкриття швидко переходить у другий період пологів (вигнання). Послідовність дій рятувальника при обмеженому часі:

- укладає породіллю в зручне положення на спину з розведеними ногами;
- під її стегна підкладає одяг на який можливо народиться дитина;
- надягає гумові рукавички;
- після народження голівки, – оглядає шию щойнонародженого на предмет обвиття її пуповиною (див. рис. 44):



Рис. 44. Обвиття навколо шії пуповиною

- якщо шия щойнонародженої дитини обвита пуповиною і її носогубний трикутник синій, – рятувальник повинен щомога швидше зняти цю петлю, а у разі неможливості розрізає її.

5. Після народження дитини:

- якщо дитина одразу закричала, рятувальник вкладає її на живіт породіллі прикриваючи її тканиною (одягом);
- якщо дитина одразу не закричала (не дихає), – рятувальник обережно, щоб не травмувати пульсуючу пуповину, перевертає дитину догори ніжками і плескає по підшвах (див. рис. 45),

стимулюючи дихальний центр: у положенні догори ніжками, з ротика та носика дитини витікає слиз, який міг перекривати дихальні шляхи.

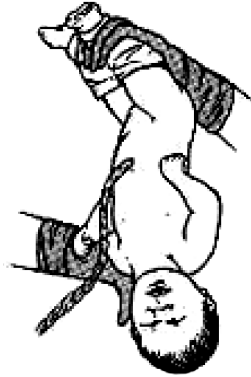


Рис. 45. Допомога щойнонародженій дитині, яка одразу не закричала

6. Рятувальник забезпечує нагляд за станом щойнонародженої дитини та породіллі, водночас спостерігає за пуповиною до припинення її пульсації.

Неприпустимо:

- перев'язувати пуповину до припинення її пульсації.

7. Дії рятувальника після припинення пульсації пуповини (див. рис. 46):

- перев'яжіть пуповину на відстані 8-10 см від пуповинного кільця дитини товстою ниткою;
- через 2-3 см. робіть наступний вузол;
- переріжте пуповину між двома вузлами;
- перед та після перерізання пуповини – обробіть її антисептичним розчином.

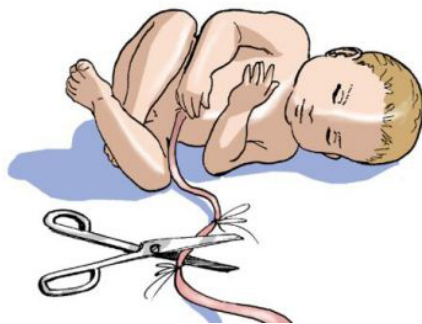


Рис. 46. Перерізання пуповини між двома вузлами

8. Після народження дитини настає третій період пологів (послідовий), який триває 20-30 хв. (див. рис. 47). У даному відрізку часу дії рятувальника повинні бути направлені на збереження всього посліду, що народжується після дитини (оптимальний варіант – у целофановому пакеті).

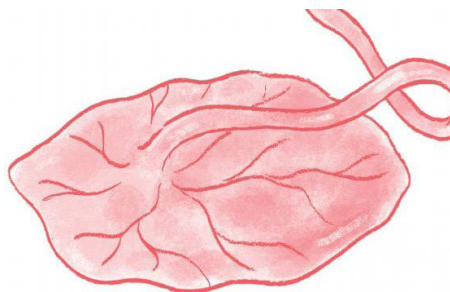


Рис. 47. Народжена плацента (послід)

9. До медичного закладу рятувальник доправляє: матір, новонароджену дитину та плаценту.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна література

1. Айламазян Э.К. «Акушерство» // Санкт-Петербург: Спеціальна література, – 1997. – 479 с.

2. Алкогольна травма: токсикологічні аспекти проблеми на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах // Гур'єв С. О., Курділь Н. В., Кушнір В. А., Лукашевич Л. Т., Новіков Ф. М. // «Екстрена медицина: від науки до практики» – № 2(08). – 2014. – С. 41–49.

3. Волянський П. Б. Шляхи розвитку навчання з домедичної допомоги в Україні / П. Б. Волянський // Врачебное дело, – 2017. – № 5–6. – С. 175–179.

4. Говенко А.В. та співавт. Інтенсивна терапія гострих отруень: Навчальний посібник // Київ, – 2010. – 188 с.

5. Гуманенко Е.К. и др. Проблемы догоспитальной помощи при тяжелой сочетанной травме // Вестник хирургии. – 2003. – № 4. – С. 43–48.

6. Гур'єв С.О Принципи та технологія домедичної допомоги постраждалим внаслідок бойових дій // Гур'єв С.О., Гудими А. А., Крилюк В. О., Близнюк М. Д., Гуселетова Н. В., Максименко М. А. // Київ – 2014. – 40 с.

7. Гур'єв С. О. Полісистемні та поліорганні пошкодження як проблемне питання медицини // Проб. військової охорони здоров'я. – Зб. Наук. праць УВМА, – Вип. 11, – Київ – 2002. – С. 150–164.

8. Гур'єв С.О., Шищук В. Д., Шкатула Ю. В. Медицина надзвичайних ситуацій. Екстрена медична допомога: навчальний посібник // Суми: СумДУ, – 2010. – 321 с.

9. Яременко Д.А., Е. Г. Шевченко. Дорожно-транспортный травматизм и причины смертности на догоспитальном этапе // Травма. – 2006. – т. 7. – № 2. – С. 157–161.

10. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме / А. Б. Молитвословов, М. И. Бокарев, Р. Е. Мамонтов и др. // Хирургия. – 2002. – № 9. – С. 22–26.

11. Домедична допомога в екстремальних ситуаціях та медичний захист населення в надзвичайних ситуаціях: Навчальний посібник для підготовки фахівців першого (освітньо-професійного) рівня напрямку підготовки 22 «Охорона здоров'я», 227 «Фізична терапія, ерготерапія» (1 курс) (за загальною редакцією Волянського П. Б. та Гринзовського А. М.) / Гринзовський А. М., Волянський П. Б., Калашнеченко С. І. та ін. / Київ: ІДУЦЗ, – 2018. – 216 с.

12. Домедична допомога в умовах надзвичайних ситуацій: практичний посібник / Волянський П. Б., Гур'єв С. О., Долгий М. Л., Дрозденко Н. В., Іскра Н. І., Макаренко А. М., Срюк М. П., Терент'єва А. В. Х.: ФОП Панов А. М., – 2016. – 136 с.

13. Домедична допомога в умовах бойових дій: Методичний посібник // Юрченко В. Д., Крилюк В. О., Гудима А. А., Заруцький Я. Л., Романко Б. С., Кузьмін В. Ю., Кузьмінський І. В., Крилюк О. Є., Бочковий П. Л. // -К.: Середняк Т. К. – 2014. – 80 с.

14. Домедична допомога. Травма (алгоритми та маніпуляції): методичний посібник / Крилюк В. О., Кузьмін В. Ю., Кузьмінський І. В., Цимбалюк Г. Ю., Губенко І. Я., Федосєєва О. В. – Київ – 2017. – 84 с., іл.

15. Домедична допомога. Серцево-легенева реанімація (алгоритми та маніпуляції): методичний посібник / Крилюк В. О., Кузьмін В. Ю., Кузьмінський І. В., Цимбалюк Г. Ю., Губенко І. Я., Федосєєва О. В. – Київ – 2017. – 73 с., іл.

16. Домедична допомога. (алгоритми та маніпуляції): методичний посібник / Крилюк В. О., Кузьмін В. Ю., Кузьмінський І. В., Цимбалюк Г. Ю., Максименко М. А. – Київ – 2017. – 120с., іл.

17. Дятлов М. М. Неотложная и срочная помощь при тяжелых травмах таза // Руководство для врачей. – Гомель. – ИММС НАН Беларуси. – 2003. – 296 с.

18. Екстрена та невідкладна медична допомога. Том І: допомога травмованим на догоспітальному етапі: національний підручник / В. О. Крилюк, С. О. Гур'єв, Г. В. Загорій, А. А. Гудима, Н. І. Іскра та ін. – Київ. – 2017. – 504 с.

19. Эллехорн М. Дж. Медицинская токсикология: диагностика и лечение острых отравлений у человека: В 2 томах. Т. 1: Пер. с англ. – М.: Медицина, – 2003. – 1029с.

20. Карваял Х.Ф., Парке Д. Х. Ожоги у детей: пер. с англ. М.: Медицина, – 1990. – 510с.

21. Корж М.О., Танькут В. О., Донцов В. В. Дорожньо-транспортний травматизм як гостра медична та соціальна проблема // Ортопед., травматол. и протезирование. – 2000. – № 4. – С. 5.

22. Коротун В. Н., Витер В. И. Понятие «утопление» в судебной медицине // Проблемы экспертизы в медицине. – 2008. № 30–2. – С. 14–16.

23. Маріє-Луїзе С. Келлестедт, Андерс Берглунд, Йоган Херліц, Єжи Лепперт, Матс Енлунд Вплив тренування при застосуванні відновлення діяльності серця і дихання (СРР) та використання при цьому автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЕД) на свідоме ставлення медичних працівників до проведення реанімації. Екстрена медицина: від науки до практики. – 2012. – № 1. – С. 47–54.

24. Медицина неотложных состояний / Под ред. И. С. Зозули – Киев, Медицина, – 2008. – 696с.

25. Мищук Н. Е. Холодовая болезнь (гипотермия) // Медицина неотложных состояний. – 2006. – № 4–5. – С. 42–47.

26. Ольховский В. О. Судово-медична діагностика травм шиї у живих осіб / В. О. Ольховский, Л. С. Купрія – нова, М. В. Губін // Судово-медична експертиза. – 2012. – № 6. – С. 38–40.

27. Перша допомога при ДТП (алгоритми та маніпуляції): методичний посібник / Крилюк В. О. та ін. – К – 2015. – 48 с.

28. Політравма – сучасна концепція надання медичної допомоги / Ф. С. Глумчер, А. В. Макаров, Г. Г. Суслов, С. А. Дубров: Тез. докл. I Всеукр. науч.-практ. конф. з міжнар. участю. – К., 2002. – С. 13–14.

29. Серцево-легенева реанімація / Медицина невідкладних станів: швидка і невідкладна медична допомога / За ред. І. С. Зозулі. – К.: Медицина, 2012. – С. 39–49.

30. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострими порушеннями мозкового кровообігу», Методичні

рекомендації, Міністерство охорони здоров'я України, Київ. – 2005. – 35 с.

31. Термическая травма. Рекоменд. для практ. врачей / Под ред. С. В. Слесаренко, Г. П. Козинец, Е. Н. Клигуненко и соавт. – Днепропетровск, 2002. – 60с.

32. Халмурадов Б. Д. Медицина надзвичайних ситуацій [текст] підручник / Б. Д. Халмурадов, П. Б. Волянський – К.: Центр учбової літератури, 2016. – 208с.

Нормативні документи

1. Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу».

2. Кодекс цивільного захисту України, прийнятий Верховною Радою України 02.10.2012 р. за № 5403-VI.

3. Проект Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо удосконалення надання першої допомоги» <http://moz.gov.ua/article/public-discussions/proekt-zakonu-ukraini>.

4. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012. р. № 1115 «Про затвердження Порядку підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу».

5. Наказ МОЗ України від 07.07.1998 р. № 187 «Про затвердження переліків лікарських засобів у медичних аптечках транспортних засобів».

6. Наказ МОЗ України від 02.03.2009 р. № 132 «Про організацію навчання окремих категорій немедичних працівників навичкам надання першої невідкладної медичної допомоги».

7. Наказ МОЗ України від 16.06.2014 р. № 398 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах».

8. Наказ МОЗ України від 29.03.2017 р. № 346 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти».

9. Наказ ДСНС України від 14.12.2018 р. № 739 «Про забезпечення органів та підрозділів (формувань) цивільного захисту,

закладів освіти сфери управління ДСНС лікарськими засобами, медичними виробами та медичною технікою поточного постачання».

10. Наказ ДСНС України від 30.03.2018 р. № 206 «Про організацію підготовки та підвищення кваліфікації з надання домедичної допомоги в системі ДСНС».

Інформаційні ресурси

1. <http://yvk.com.ua/634-dangers-of-chlorine>
2. <http://www.dsns.gov.ua/ua/Himichna-nebezpeka.html?PRINT>
3. <http://ru.osvita.ua/vnz/reports/bjd/25615/>
4. <http://www.koveladm.gov.ua/detailed/id-7153/>
5. https://www.bbc.com/ukrainian/news_in_brief/2013/08/130823_az_stirol_ac_cident_conclusions
6. <https://virgo.org.ua/index.php/nevidkladna-dopomoga/185>
7. <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/5604>
8. <http://www.eco.lviv.ua/chlorine.html>
9. <http://ru.osvita.ua/vnz/reports/bjd/25615/>
10. <https://subject.com.ua/safety/bezpeka/92.html>
11. <http://www.viche.info/journal/2683/>
12. <http://www.mif-ua.com/archive/article/11230>
13. <http://www.moz.gov.ua>
14. <http://www.rada.gov.ua>
15. <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=2989>
16. <http://yourlib.net/content/view/2746/43/>
17. <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=2989>
18. http://www.firerescue.ru/magazine/skoraya_pomoshha_v_ssha/
19. http://moz.gov.ua/uploads/1/5592-pro_20180615_1_dod.pdf
20. <http://doz.zoda.gov.ua/operativna-informatsiya/sezonnizakhvoryuvannya/316-pereokholodzhennya>

ДОДАТКИ

Додаток А



ДСНС УКРАЇНИ

ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ

ПОГОДЖЕНО

Директор Державного закладу
«Український науково-практичний
центр екстреної медичної допомоги та
медицини катастроф МОЗ України»

С.Д. Мороз

2018 року



ЗАТВЕРДЖУЮ

Голова державної служби України з
надзвичайних ситуацій

М.О.Чечоткін

2018 року



НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА

II рівня підготовки з надання домедичної допомоги

Схвалено Вченою радою Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»

Протокол від «08» 05 2018 р. № 4

Схвалено Вченою радою Інституту державного управління у сфері цивільного захисту

Протокол від «23» 06 2018 р. № 5



2018 рік

Розробник: Інститут державного управління
у сфері цивільного захисту.

I. Загальна частина

Підготовка рятувальників ДСНС України, професійні обов'язки яких пов'язані з наданням домедичної допомоги, передбачає набуття теоретичних знань і оволодіння практичними навичками з надання першої невідкладної медичної допомоги (далі – домедичної допомоги).

Навчальна програма II рівня підготовки з надання домедичної допомоги розроблена на основі навчально-тренувальної програми «Перший на місці події», затвердженої наказом МОЗ України від 29.03.2017 р. № 346 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти» і розрахована на 64 навчальні години.

Програма підготовки має такі основні складові:

- 1) навчальний тематичний план;
- 2) зміст навчальної програми;
- 3) перелік практичних навичок, якими повинен володіти рятувальник після проходження навчання;
- 4) іспит (теоретична частина – тести, практична – відпрацювання набутих навичок).

Для реалізації програми використовуються такі види занять: лекції, практичні заняття, рішення ситуаційних задач, навчальні тренування.

Практичні заняття і навчальні тренування проводяться з групою у складі 8-10 осіб. Після завершення курсу підготовки проводиться іспит, що передбачає перевірку теоретичних знань методом тестування і відпрацювання практичних навичок з основних розділів програми.

Метою організації освітнього процесу за даною програмою є надання рятувальникам знань та умінь, які необхідні для оцінки стану постраждалого і надання домедичної допомоги в екстремальних умовах до прибуття бригади екстреної медичної допомоги (ЕМД).

У результаті засвоєння програми рятувальники

повинні знати:

1) медико-правові та етичні аспекти надання домедичної допомоги;

2) як надавати домедичну допомогу, щоб виявити фактори, які загрожують життю, та усунути або зменшити їх негативний вплив на організм людини;

3) як оцінювати стан постраждалого, здійснювати первинний і вторинний його огляд, ґрунтуючись на принципах анатомії, фізіології, патофізіології та особливостях вікового розвитку людини;

4) як здійснювати серцево-легеневу реанімацію (СЛР), виконувати основи підтримки життєдіяльності;

5) як надавати допомогу постраждалим з невідкладними медичними станами або станами, що викликані факторами навколишнього середовища, як-от: загальне переохолодження, обмороження, перегрівання, опіки;

6) як надавати домедичну допомогу постраждалим з тупими травмами, проникаючими пораненнями, пошкодженнями опорно-рухового апарату;

7) як вживати невідкладних заходів для зупинки кровотечі, накладати пов'язки;

8) як працювати з базовим медичним обладнанням, застосовувати підручні засоби;

9) принципи іммобілізації та евакуації постраждалих з транспортних засобів, запобігати пошкодженням хребта, особливо його шийного відділу.

10) як надавати домедичну допомогу вагітним в разі пологів.

повинні уміти:

1) оглядати постраждалого;

2) визначати життєві показники;

3) оцінювати стан постраждалого;

4) надавати допомогу при зупинці серця, використовувати автоматичний зовнішній дефібрилятор;

5) використовувати дихальне обладнання;

6) надавати допомогу при критичних кровотечах;

- 7) використовувати допоміжні засоби для забезпечення прохідності дихальних шляхів;
- 8) накладати шийний комір та іммобілізувати хребет;
- 9) іммобілізувати кінцівки;
- 10) евакуювати постраждалого з транспортного засобу;
- 11) накладати пов'язки;
- 12) надавати першу допомогу при опіках, обмороженнях;
- 13) дотримуватись заходів безпеки під час роботи у небезпечних місцях;
- 14) надавати допомогу при пологах.

2. Навчальний тематичний план

№ з/п	Назва теми	Всього	Аудиторні заняття		СР
			Л	ПЗ	
1	2	3	4	5	6
	Введення до курсу. Вхідний тестовий контроль	1	1		
	Принципи роботи екстреної медичної служби	1	1		
	Правила поведінки на місці події.	1	1		
	Загальні поняття про анатомію і фізіологію	1	1		
	Підйом і переміщення постраждалих	3	1	2	
	Огляд постраждалого	4	2	2	
	Дихання, невідкладні дихальні стани	9	3	6	
	Серцево-судинна система. Невідкладні серцево-судинні стани	13	3	10	
	Патофізіологія	1	1		
	Шок	1	1		
	Інші невідкладні медичні стани	2	2		
	Травми	15	4	11	
	Вагітність та пологи	2	2		
	Вікові періоди	2	1	1	

1	2	3	4	5	6
	Документація та звітність	1	1		
	Відпрацювання практичних сценаріїв	4		4	
	Оцінювання набутих знань: - теоретичних (проведення вихідного тестового контролю), - практичних навичок.	1 2	1	2	
ВСЬОГО:		64	26	38	

Примітка:

Л – лекція; ПЗ – практичне заняття, СР – самостійна робота

Зміст навчальної програми

Тема: **Введення до курсу**

Загальна кількість годин – 1, із них: лекції – 1.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
1.	Введення до курсу	1	-

Лекція:

Знайомство зі слухачами. Мотивація навчання з домедичної допомоги.

Вхідний тестовий контроль.

Тема: **Принципи роботи екстреної медичної служби**

Загальна кількість годин – 1, із них: лекції – 1.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
2.	Юридичні аспекти надання домедичної допомоги	0,5	-
	Комунікація з іншими учасниками, етика поведінки	0,5	

Лекція:

Юридичні аспекти надання домедичної допомоги. Система екстреної медичної допомоги в Україні. Законодавча база, що

регулює екстрену медичну допомогу. Рівні підготовки в системі догоспітальної допомоги. Державний план майбутньої підготовки для служби екстреної медичної допомоги: системний підхід. Роль Міністерства охорони здоров'я України. Протоколи надання домедичної допомоги.

Психологічна підтримка: постраждалого, родичів, інших на місці події. Професіоналізм. Чесність. Співчуття. Повага. Персональна мотивація. Гігієна і зовнішній вигляд. Впевненість у власних силах. Знання власних можливостей. Дотримання часових обмежень. Комунікація та командна робота. Захист прав постраждалих.

Тема: **Правила поведінки на місці події**

Загальна кількість годин – 1, із них: лекції – 1.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
3.	Власна безпека і доступ до постраждалого	0,5	-
	Комунікація та етика поведінки	0,5	

Лекція:

Правила поведінки на місці події. Власна безпека та доступ до постраждалого. Персональна безпека. Безпечність місця події. Індивідуальні засоби захисту. Безпека постраждалого. Безпека інших осіб. Оцінка події та виклик додаткових ресурсів за необхідності. Доступ до постраждалого. Дії рятувальника на місці події. Принцип безперервності допомоги.

Комунікація є однією з центральних проблем, через призму якої визначають питання сприймання й розуміння людьми одне одного. Велика увага приділяється вмінню слухати. Результати досліджень показують, що достатніми навичками вміння слухати володіє небагато людей. Етика поведінки в широкому сенсі є звід правил і приписів, що визначають відносини між людьми - це норми спілкування. Для даної системи правил доречним буде все, що прийнято в суспільстві.

Налагодженні зворотного зв'язку із постраждалими.

Тема: Загальні поняття про анатомію і фізіологію

Загальна кількість годин – 1, із них: лекції – 1.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
4.	Поняття про анатомію та фізіологію	0,5	-
	Невідкладні стани, які загрожують життю людини	0,5	

Лекція:

Системи та органи організму. Стандартні анатомічні терміни. Взаємодія між системами організму. Нервова та гормональна регуляція діяльності організму. Значення об'єму циркулюючої крові, концентрації кисню, рівня глюкози в крові.

Послідовність допомоги людині у невідкладному стані. Невідкладні дії на місці події. Порушення роботи організму, які можуть призвести до загибелі.

Тема: Підйом і переміщення постраждалих

Загальна кількість годин – 3, із них: лекції – 1, практичні заняття – 2.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
5.	Імобілізація постраждалого за допомогою спінальної дошки	0,5	1
	Евакуація постраждалого з транспортного засобу	0,5	1

Лекція:

Механіка тіла. Правила роботи з вагою. Розуміння власних обмежень. Положення постраждалого. Положення комфорту. Необхідність доступу до інших постраждалих.

Практичні заняття:

Імобілізація постраждалого за допомогою спінальної дошки. Ручна стабілізація шийного відділу. Використання шийного коміра. Переміщення постраждалого на спінальну дошку. Бокове стабільне положення. На спині.

Евакуація постраждалого з транспортного засобу. Екстрена евакуація. Вогонь чи небезпека виникнення пожежі. Постраждалий із зупинкою серцевої та/або дихальної діяльності.

Тема: Огляд постраждалого

Загальна кількість годин – 4, із них: лекції – 2, практичні заняття – 2.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
6.	Огляд місця події. Оцінка дихання.	0,5	1
	Збір інформації про постраждалого	0,5	
	Первинний огляд. Кровообіг.	0,5	1
	Вторинний огляд. Повторний огляд	0,5	

Лекція:

Визначення безпечного доступу до місця події. Реєстрація часу прибуття на місце події. Визначення наявності небезпечних матеріалів та інших загроз. Доступ до постраждалого/постраждалих. Визначення кількості постраждалих. Наявність інших екстрених служб на місці події. Екстрені служби та правила їх виклику.

Методика визначення частоти і типу дихання. Нормальне дихання, характеристики. Ускладнене дихання, характеристики. Допомога.

Необхідна інформація про постраждалого. Симптоми. Наявні алергії. Медикаменти, які приймає постраждалий. Наявні хвороби. Останній прийом їжі. Що сталося перед подією.

Практичні заняття:

Невідкладні стани, які загрожують життю людини. Невідкладні дії на місці події. Порушення роботи організму, які можуть призвести до загибелі. Послідовність огляду постраждалого. Оцінка стану свідомості. Зупинка критичних кровотеч. Забезпечення прохідності дихальних шляхів. Закидання голови, відкривання рота за допомогою висування нижньої щелепи. Забезпечення

прохідності дихальних шляхів при підозрі на травму шийного відділу хребта. Виявлення непрохідності дихальних шляхів. Допомога при непрохідності дихальних шляхів.

Визначення наявності периферійного і центрального пульсу. Визначення частоти пульсу. СЛР при відсутності центрального пульсу. Визначення температури, кольору і вологості шкіри.

Детальний огляд постраждалого з голови до ніг. Увага на ділянки тіла, де постраждалий відчуває біль. Пошук патологічних ознак. Деформація. Крепітація. Садна. Рани. Опіки, обмороження. Набряки. Відсутність чутливості та рухів кінцівок.

Виконання повторного огляду. Кожні 5 хвилин при невідкладних станах. Кожні 15 хвилин при всіх інших станах. Повторний огляд має включати обсяг первинного огляду, повторне оцінювання життєвих показників, основних скарг і повторну оцінку обсягу допомоги.

Тема: Дихання, невідкладні дихальні стани

Загальна кількість годин – 9, із них: лекції – 3, практичні заняття – 6.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
7.	Анатомія дихальної системи, прохідність дихальних шляхів. Невідкладні стани при порушенні дихання	2	1
	Штучна вентиляція легень, дихальне обладнання	1	5

Лекція:

Верхні та нижні дихальні шляхи. Рух повітря в дихальних шляхах. Непрохідність дихальних шляхів на різних рівнях. Ознаки, патологічні дихальні звуки. Регуляція дихання. Значення кисню для нормальної роботи організму. Поняття про перфузію тканин. Колір шкіри та вплив оксигенації на нього. Допомога при непрохідності дихальних шляхів: очистка верхніх дихальних шляхів, застосування рото- і носоглоткових повітропроводів, прийом

Геймліха для дорослих, дітей, немовлят, вагітних жінок і людей із зайвою вагою.

Найбільш поширені хвороби, які призводять до погіршення дихання, та їх симптоми. Домедична допомога при невідкладних станах дихальної системи.

Практичні заняття:

Допомога при непрохідності дихальних шляхів: очистка верхніх дихальних шляхів, застосування рото- і носоглоткових повітропроводів, прийом Геймліха для дорослих, дітей, немовлят, вагітних жінок і людей із зайвою вагою.

Обладнання, яке використовується для штучного дихання. Покази і правила використання клапанної маски та мішка типу Амбу. Використання маски і мішка типу Амбу з додатковою подачею кисню. Використання кисню, робота з кисневими балонами і нереверсивними масками.

Тема: Серцево-судинна система. Невідкладні серцево-судинні стани

Загальна кількість годин – 13, із них: лекції – 3, практичні заняття – 10.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
8.	Загальні поняття про анатомію та фізіологію серцево-судинної системи. Серцеві розлади, порушення кровообігу	2	
	Серцево-легенева реанімація. Допомога при порушенні роботи серця	1	10

Лекція:

Органи серцево-судинної системи. Роль серця в циркуляції крові. Роль судин у циркуляції та перфузії. Основні порушення роботи серця. Порушення кровообігу. Гостре порушення мозкового кровообігу.

Практичні заняття:

Серцево-легенева реанімація. Визначення необхідності проведення СЛР.

Відпрацювання слухачами проведення СЛР.

Етапи базової серцево-легеневої реанімації.

1) Забезпечення прохідності дихальних шляхів.

2) Проведення штучної вентиляції легенів.

3) Проведення закритого (зовнішнього) масажу серця.

Правила масажу підліткам та дітям.

4) Проведення оцінки ефективності серцево-легеневої реанімації.

Проведення СЛР з використанням зовнішнього автоматичного дефібрилятора. Виклик бригади ЕМД.

Тема: Патолофізіологія.

Загальна кількість годин – 1, із них: лекції – 1.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
9.	Метаболізм та його порушення	1	

Лекція:

Метаболізм та його порушення. Метаболізм або обмін речовин - це низка взаємопов'язаних хімічних реакцій, які проходять в організмі живих істот. Патологічний процес може бути внаслідок дисфункцій щитовидної залози, наднирників, статевих залоз, гіпофіза. В процесі метаболізму органічні речовини проходять два основних етапи - розщеплення на більш прості речовини (катаболізм) і синтез білка, ліпідів та нуклеїнових кислот (анаболізм). Порушення метаболізму найчастіше зачіпає процеси, пов'язані з жирами. В результаті різних причин печінка перестає повною мірою переробляти жири, і в організмі з'являється надлишок ліпопротеїнів низької густини та холестерину. Відбувається поступове накопичення цих речовин, вони осідають на стінках судин, провокуючи серцеві і вегето-судинні захворювання.

Тема: Шок

Загальна кількість годин – 1, із них: лекції – 1.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
10.	Класифікація та патогенез.	1	-

Лекція:

Шок - патологічна зміна функцій життєвих систем організму, при якому відзначається порушення дихання і кровообігу. Встановлено, що в основі шоку лежить артеріальна гіпотонія, яка виникає при зменшенні об'єму циркулюючої крові, зниженні серцевого викиду і загального периферичного опору судин або при перерозподілі рідини в організмі.

Симптоми шоку багато в чому визначаються причиною, яка призвела до його появи, проте існують і загальні риси цього патологічного стану, це: порушення свідомість, яка може проявлятися збудженням або пригніченням; зменшення артеріального тиску від незначного до критичного; збільшення частоти серцевих скорочень, яке є проявом компенсаторної реакції; централізація кровообігу, при якій відбувається спазм периферичних судин за винятком ниркових, мозкових і коронарних; блідість, мармуровість і ціаноз шкіри; прискорене поверхневе дихання, що виникає при наростанні метаболічного ацидозу; зміна температури тіла, зазвичай вона знижена, але при інфекційному процесі підвищена; зіниці, як правило, розширені, реакція на світло уповільнена; в особливо важких ситуаціях розвиваються генералізовані судоми, мимовільне сечовипускання і дефекація.

Тема: Інші невідкладні медичні стани

Загальна кількість годин – 2, із них: лекції – 2.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
11.	Ендокринні розлади. Психічні стани та порушення поведінки. Отруєння	2	

Лекція:

Роль інсуліну в розщепленні глюкози. Збільшення рівня глюкози в крові. Причини, наслідки, допомога. Зменшення рівня глюкози. Причини, наслідки, допомога.

Патофізіологічні розлади, які можуть призвести до розладів поведінки. Небезпека власна і тих, хто навколо. Методи заспокоєння постраждалих з розладами поведінки.

Механізми потрапляння отруйних речовин в організм. Загальні правила надання домедичної допомоги при отруєнні невідомою речовиною. Загальні правила надання домедичної допомоги при отруєнні невідомим газом. Кома невідомої етіології, діагностика, надання домедичної допомоги.

Тема: Травми

Загальна кількість годин – 15, із них: лекції – 4, практичні заняття – 11.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
12.	Пошкодження м'яких тканин, кровотеча, методи зупинки. Травма кінцівок. Вплив вибуху на організм людини. Вплив навколишнього середовища. Співпраця екстрених служб.	4	
	Кровотеча. Імобілізація переломів верхніх та нижніх кінцівок. Травма голови та хребта. Масові травми і сортування		11

Лекція:

Види пошкоджень м'яких тканин. Небезпека масивних кровотеч.

Травми кінцівок. Переломи, вивихи. Імобілізація. Наслідки переломів.

Наслідки різних фаз вибуху та їх небезпека. Травма грудної клітини. Вплив травми на процес дихання.

Стадії гіпотермії. Гіпертермія. Стадії гіпертермії. Допомога при гіпертермії залежно від стадії. Опіки, види опіків, ступені опіків. Допомога при опіках.

Організація співпраці екстрених служб. Зони відповідальності екстрених служб. Координація і штабна робота.

Практичні заняття:

Зовнішня кровотеча з кінцівок, діагностика, методи зупинки. Вузлові кровотечі, діагностика, методи зупинки. Використання іммобілізаційних шин. Імпровізовані шини. Допомога при вивихах. Допомога при травмі грудної клітини. Допомога при травмі голови. Іммобілізація при травмі хребта. Допомога при гіпотермії залежно від стадії.

У ситуації, коли є багато постраждалих, основні принципи сортування базуються на принципі пріоритетності. Ті пацієнти, у яких за результатами сортування на місці пригоди підозрюється наявність великих травм, мають пріоритет над тими, хто здається травмованим значно менше. Коли ресурсів не вистачає для того, щоб задовольнити потреби всіх постраждалих, пріоритети зміщуються: якщо раніше в першу чергу допомога надавалася людям, що знаходяться в найбільш важкому стані, то тепер насамперед починають допомагати тим, у кого більше шансів вижити.

Тема: Вагітність і пологи

Загальна кількість годин – 2, із них: лекції – 2.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
13.	Періоди вагітності, ведення пологів. Догляд за новонародженими	2	-

Лекція:

Процес запліднення і розвиток плоду в організмі матері. Зміни в організмі матері. Особливості допомоги вагітним жінкам. Стадії пологів. Приймання фізіологічних пологів. Порушення пологів.

Життєві показники новонароджених. Оцінка життєдіяльності новонароджених. Реанімація новонароджених.

Тема: Вікові періоди

Загальна кількість годин – 2, із них: лекції – 1, практичні заняття – 1.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
14.	Особливості допомоги дітям. Особливості допомоги літнім людям	1	
	Реанімація дітей, новонароджених		1

Лекція:

Життєві показники новонароджених, дітей, підлітків. Допомога при відхиленні показників життєдіяльності.

Складнощі спілкування. Порушення в роботі систем та органів.

Практичні заняття:

СЛР немовлят. СЛР дітей.

Тема: Документація та звітність

Загальна кількість годин – 1 із них: лекції – 1.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
15.	Запис інформації в карту постраждалого. Передача постраждалого медичному персоналу	1	

Лекція:

Час інциденту, стан постраждалого під час огляду, надана невідкладна допомога.

Поточний стан постраждалого, вік і стать постраждалого, основна скарга постраждалого, що трапилось, у якому стані знайшли постраждалого, симптоми та життєві показники, що виявили при проведенні огляду, невідкладна допомога, яку вже надавали.

Тема: Відпрацювання практичних сценаріїв

Загальна кількість годин – 4, із них: практичні заняття – 4.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
16.	Вирішення ситуаційних задач		4

Практичні заняття:

Визначення умінь оперативно приймати рішення з надання домедичної допомоги при різних НС.

Тема: Оцінювання

Загальна кількість годин – 3, із них: теорія -1, практичні заняття – 2.

№ з/п	Назви тем	Кількість годин	
		лекції	практичні заняття
17.	Оцінювання набутих знань: - теоретичних (проведення вихідного тестового контролю), - практичних навичок	1	2

4. Контроль якості навчання.

Програма підготовки рятувальників з домедичної допомоги передбачає проведення іспиту, який має дві складові.

Перша – визначення рівня теоретичних знань при складанні тестового контролю.

Друга – відпрацювання практичних навичок згідно з переліком, що наведений нижче.

Успішне проходження курсу можливе тільки при відвідуванні всіх лекційних і практичних занять, наданні не менш як 70 % відсотків правильних відповідей на теоретичному тестуванні і під час відпрацювання практичних сценаріїв.

Неуспішне проходження курсу означає, що слухача слід повторно екзаменувати.

Після закінчення курсу та успішного складання іспитів кожен слухач отримує сертифікат державного зразка.

Рятувальники відпрацьовують такі практичні сценарії.

1. Допомога при зупинці серця/використання зовнішнього автоматичного дефібрилятора

Дія	Макс. к-сть балів	Отримано балів
Вдягнув або перелічив необхідне персональне захисне спорядження	1	
Впевнився, що ситуація/місце події є безпечним	1	
Спробував отримати інформацію у людей навколо щодо причин зупинки серця	1	
Перевірів реакцію на зовнішні подразники	1	
Одночасно оцінив дихання та пульс: оглянув постраждалого на ознаки дихання (огляд постраждалого та визначення відсутності дихання або ускладненого дихання) (1 бал); перевірів пульс на сонній артерії (1 бал)	2	
Миттєво розпочав СЛР (адекватна глибина і частота, яка дозволяє грудній клітині повноцінно повернутися в початкове положення)	1	
Викликав медичну допомогу	1	
Виконав 2 хвилини якісної СЛР: адекватна глибина і частота (1 бал); правильне співвідношення компресії і вентиляції (1 бал); дає можливість грудній клітині повноцінно повернутися в початкове положення (1 бал); адекватний об'єм для кожного вдиху (1 бал); мінімальні переривання менш ніж на 10 секунд протягом усього часу роботи (1 бал)	5	
Примітка: Після двох хвилин (5 циклів), постраждалого оглядають і другий рятувальник поновлює реанімацію, поки кандидат працює з дефібрилятором		
Підготував автоматичний зовнішній дефібрилятор	1	
Дотримувався інструкцій і коректно під'єднав автоматичний зовнішній дефібрилятор	1	
Припинив СЛР та перевірів, що люди навколо перебувають на безпечній відстані від постраждалого на час аналізу ритму	1	
Перевірів, що люди навколо перебувають на безпечній відстані від постраждалого на час аналізу ритму перед подачею розряду від автоматичного зовнішнього дефібрилятора	1	
Негайно продовжив СЛР	1	
ЗАГАЛОМ:	18	
ОТРИМАНО:		

2. Використання дихального обладнання

Дія	Макс. к-сть балів	Отримано балів
Вдягнув або перелічив необхідне персональне захисне спорядження	1	
Перевірив стан свідомості постраждалого	1	
Перевірив наявність дихання	1	
Перевірив наявність пульсу	1	
Викликав медичну допомогу	1	
Мануально відкрив дихальні шляхи	1	
Використав один з простих пристроїв (оро- або назо-фарингіальний повітровід)	1	
<i>Примітка: тепер екзаменатор повідомляє, що блювотний рефлекс відсутній</i>		
**Миттєво розпочав вентиляцію легень постраждалого з використанням мішка типу Амбу, який не приєднано до кисню	1	
Під'єднав кисневий балон з регулятором потоку повітря до мішка типу Амбу (12-15 вдихів/хвилину)	1	
Вентиліює легені постраждалого з частотою 10-12 вдихів/хвилину (1 вентиляція на кожні 5-6 секунд) з відповідним об'ємом	1	
<i>Примітка: Після 30 секунд екзаменатор слухає та доповідає, що чути дихання і воно однакове в обох легенях; повідомляє, що вентиляцію було виконано без ускладнень, показники пульсоксиметрії свідчать, що кров постраждалого насичена киснем на 95 %</i>		
Вентиліює легені постраждалого з правильною частотою і об'ємом, водночас дивиться на показники пульсоксиметра, контролюючи рухи грудної клітини	1	
ЗАГАЛОМ:	11	
ОТРИМАНО:		

*Примітка: якщо рятувальник вирішує із самого початку здійснювати вентиляцію за допомогою мішка типу Амбу, який приєднано до кисневого балона, то він отримує максимум балів за кроки з помітками «**» за умови, що первинна вентиляція розпочнеться не пізніше ніж протягом перших 30 секунд.*

3. Огляд постраждалого

Дія	Макс. к-сть балів	Отримано балів
1	2	3
ДОСТУП		
Викликати підтримку/допомогу	1	
Оцінити місце на наявність загроз та механізм травми	1	
Оцінити стан свідомості постраждалого	1	
КРИТИЧНА КРОВОТЕЧА		
Розпізнати та зупинити критичну кровотечу	1	
ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ		
Стабілізувати шийний відділ хребта	1	
Огляд ротової порожнини	1	
Виявити блокування дихальних шляхів	1	
Використати мануальну техніку відкриття дихальних шляхів	1	
Підібрати відповідний пристрій для відновлення прохідності дихальних шляхів і підібрати розмір	1	
Правильна техніка постановки	1	
Знання ускладнень та альтернативних дій	1	
КИСЕНЬ		
Застосувати кисень	1	
Підібрати відповідну маску	1	
Підібрати відповідну швидкість потоку	1	
ДИХАННЯ		
Визначення дихання, частоти, зусилля та глибини	1	
Застосування техніки «Чую-бачу-відчуваю»	1	
Виявлення критичних травм грудної клітини	1	
Належна допомога при травмі грудної клітини	1	
Перевірка цілісності тазу	1	
Перевірка спини	1	
КРОВООБІГ		
Оцінка пульсу на променевій та/або сонній артерії	1	
Оцінка стану шкіри (колір, температура, вологість)	1	
Огляд живота/таза/верхніх та нижніх кінцівок, контроль кровотеч	1	

1	2	3
Допомога при пораненні черевної стінки/тазу/кінцівок	1	
ОТРИМАННЯ ІСТОРІЇ		
Збір інформації про постраждалого	1	
ВТОРИННИЙ ОГЛЯД		
Оцінка зіниць	1	
Наявність травм голови: потилиця – вуха – ніздрі – ротова порожнина	4	
З голови до ніг (шия – груди – живіт – таз – ноги – руки – спина – геніталії) по 1 балу за кожен ділянку	8	
НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ ТА ЕВАКУАЦІЯ		
Захист від впливу навколишнього середовища	1	
Передача звіту медичному персоналу за системою MIST	1	
Документація	1	
ЗАГАЛОМ:	41	
ОТРИМАНО:		

5. Тести з домедичної допомоги

Рятувальники проходять вхідний і вихідний тестовий контроль, що дає можливість з досить високою вірогідністю визначити їх рівень кінцевих знань.

Тести з домедичної допомоги № 1

Питання та варіанти відповіді		Відповіді	
		Вхідн.	Вих.
1.	Венозна кровотеча зупиняється:		
	Накладанням джгута (закрутки).		
	Накладанням тиснутої пов'язки.	*	
	Накладанням пластиру.		
2.	Ви приступили до надання допомоги дорослому постраждалому на місці події. Постраждалий не дихає, на сонній артерії немає пульсу. Ваші дії:		
	30 натискувань на грудну клітку + 2 повних вдихи.	*	
	2 легких вдихи + 15 натискувань на грудну клітку.		
	1 неповних вдихи + 5 натискувань на грудну клітку.		

3.	Ви приступили до надання допомоги дитині до 1 року на місці події. Дитина не дихає, на сонній артерії немає пульсу. Ваші дії.		
	1 легкий вдих + 5 натискувань на грудну клітку.		
	1 неповний вдих + 10 натискувань на грудну клітку. 5 легких вдихи + 15 натискувань на грудну клітку потім 2 вдихи + 15 натискувань на грудну клітку.	*	
4.	Яка тривалість життя кори головного мозку при клінічній смерті?		
	30-40 хв.		
	13-15 хв. 4-7 хв.	*	
5.	Яка крововтрата небезпечна для життя дорослої людини?		
	10 % .		
	90 %. 50 %.	*	
6.	У потерпілого 3 хв. тому припинилися дихання і серцебиття. Шкірні покриви бліді і ціанотичні. Зіниці розширені. Як називається такий стан?		
	Термінальна пауза.		
	Клінічна смерть. Біологічна смерть.	*	
7.	Під час зовнішнього масажу серця реаніматор кладе основу долоні на:		
	Верхню частину груднини.		
	Нижню частину груднини. Середню частину груднини.	*	
8.	З рани пульсує кров, яскраво-червоного кольору. Який це вид кровотечі?		
	Венозна кровотеча.		
	Артеріальна кровотеча. Кровотеча з варикозно розширених вен нижньої кінцівки.	*	
9.	Основними ознаками венозних кровотеч є:		
	Яскраво-червоний колір крові і пульсуючий характер кровотечі.		
	Порівняно сповільнений характер кровотечі. Темний колір крові з порівняно сповільненим характером кровотечі.	*	

10	Джгут накладений правильно, якщо:		
	Шкірні покриви кінцівок нижче джгута залишаються рожевими.		
	Ппульсація на судинах нижче джгута визначається.		
	Ппульсація на судинах нижче джгута не визначається, і кровотеча з рани зупинилась.	*	

Тести з домедичної допомоги № 2

Питання та варіанти відповіді		Відповіді	
		Вхідн.	Вих.
1.	У якому положенні треба транспортувати непритомного постраждалого?		
	Напівсидячи з поверненою на бік головою.		
	Лежачи на спині з поверненою на бік головою.	*	
	Лежачи з підкладеним під голову валиком з одягу.		
2.	За якими ознаками роблять висновок щодо ступеня тяжкості внутрішньої кровотечі?		
	Стану свідомості, кольору шкірних покривів, частоти пульсу, показників артеріального тиску.	*	
	Показників пульсу, температури тіла, наявності судом.		
	Виразеності больових відчуттів, наявності спраги у потерпілого.		
3.	Після проведення послаблення джгута, записку:		
	Можна не замінювати.		
	Можна не вкладати.		
	Потрібно зробити відповідну відмітку в записці.	*	
4.	При виявленні постраждалого, необхідно:		
	Терміново проводити серцево-легеневу реанімацію.		
	Переконалися у відсутності небезпеки, провести огляд постраждалого.	*	
	Забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів.		
	Викликати допомогу.		

5.	Допомога в разі укусу павуків:		
	Холод на місце укусу, накладання пов'язки, термінова госпіталізація.	*	
	Обробка місця укусу йодом.		
	Накласти джгут вище місця укусу.		
	Змастити жиром.		
6.	Внаслідок опіку на шкірі з'явилися пухирі. Це опік:		
	I ступеня.		
	II ступеня.	*	
	III ступеня.		
7.	3 метою тимчасової зупинки артеріальної кровотечі не виконують:		
	Притискання судини пальцями.		
	Накладання тиснучої пов'язки.	*	
	Накладання джгута.		
8.	У разі синдрому тривалого стискання в ділянці гомілки:		
	Накладається джгут вище місця пошкодження, а потім звільняється кінцівка.	*	
	Звільняється кінцівка від стискаючого фактору.		
	Звільняється кінцівка від стискаючого фактору, транспортна іммобілізація.		
9.	Масаж серця дитині проводять:		
	Великим пальцем або двома (вказівним та середнім) посередині грудини.		
	М'якою частиною долоні.		
	Однією рукою на середню частину грудини.	*	
10	Щоб перевірити наявність дихання у постраждалого, необхідно:		
	Спостерігати за підняттям та спаданням грудної клітки.		
	Прислухатися, щоб почути видих.		
	Намагатися відчути щокою, вухом повітря, що виходить,.		
	Все перераховане	*	

Тести з домедичної допомоги № 3

Питання та варіанти відповіді		Відповіді	
		Вхідн.	Вих.
1.	У разі закритого перелому плеча необхідно:		
	Перевірити голкою чутливість шкіри.		
	Накласти джгут.		
	Накласти шину.	*	
2.	У разі втрати постраждалим свідомості, необхідно:		
	Переконатися у відсутності небезпеки, визначити у постраждалого наявність дихання: за його відсутності – розпочати серцево-легеневу реанімацію, при наявності – перемістити у стабільне положення.	*	
	Струснути потерпілого.		
	Покласти теплий компрес на голову.		
3.	Перша допомога при отруєнні грибами:		
	Напоїти теплим чаєм, заспокоїти потерпілого.		
	Промити шлунок холодною водою, дати активоване вугілля, викликати швидку допомогу.	*	
	Дати проносний засіб, холод на живіт.		
4.	Перша допомога у разі закритої травми живота:		
	Знеболення.		
	Накладання джгута.		
	Холод на ділянку живота.	*	
5.	При венозній кровотечі, потрібно:		
	Накласти джгут вище рани.		
	Накласти тиснучу пов'язку.	*	
	Притиснути судину пальцем вище рани.		
6.	У постраждалого з грудей витікає піниста кров. Це:		
	Поранення грудної клітки.		
	Проникаюче поранення грудної клітки.	*	
	Перелом ребра.		

7.	Після послаблення джгута потрібно:		
	Накласти джгут на теж саме місце з відміткою в записці.		
	Накласти джгут вище з відміткою в записці.	*	
	Накласти джгут нижче рани з відміткою в записці.		
8.	Ознаки травматичного шоку:		
	Висока температура тіла, слабкий пульс, послаблене дихання.		
	Поверхнєве дихання, слабкий пульс, бліді шкірні покриви.	*	
	Гіперемія шкіри обличчя.		
9.	Високий тиск, слабкий пульс, висока температура тіла.		
	Якщо постраждалий без свідомості, ви повинні		
	Почати СЛР у постраждалої дитини до дзвінка на 103.		
	Почати СЛР у постраждалого немовляти до дзвінка на 103		
	Зателефонувати 103 до початку СЛР у дорослого постраждалого.		
Все перераховане.	*		
10	Співвідношення кількості компресій до кількості вдихів при СЛР у дитини складає:		
	2 вдихи на кожні 30 натискань.	*	
	2 вдихи на кожні 15 натискань.		
	1 вдих на кожні 15 натискань.		
	1 вдих на кожні 5 натискань.		

Тести з домедичної допомоги № 4

Питання та варіанти відповіді		Відповіді	
		Вхідн.	Вих.
1.	Якщо людина вдарилася головою, знепритомніла, але швидко оговталась:		
	Не варто турбувати лікаря.		
	Накласти холод на місце забиття, дати спокій.		
	Накласти холод на місце забиття, терміново викликати лікаря.	*	
2.	У людини втрата крові 25 %. Його транспортування:		
	На боці.		
	Приспущений з голови кінець нош і піднятий у ділянці ніг.	*	
	Горизонтальне положення.		
3.	Надання допомоги в разі опіків кислотою (крім концентрованої сульфатної кислоти):		
	Промити водою, слабким розчином соди.	*	
	Змастити жиром.		
	Промити слабким розчином марганцівки.		
4.	Транспортування потерпілого з порушеною психікою:		
	Пішки.		
	На ношах, зафіксувавши його в 3-х місцях (ноги, тулуб, руки).	*	
	На ношах без фіксації.		
5.	У разі обмороження кінцівок потрібно:		
	Розтерти їх снігом.		
	Опустити їх у гарячу воду.		
	Накласти суху, не тугу пов'язку, госпіталізувати.	*	
6.	При наданні невідкладної допомоги в першу чергу необхідно:		
	Переконатись у безпеці перебування на даному місці.	*	
	Викликати міліцію та швидку допомогу.		
	Покликати на допомогу дорослих.		

7.	У разі закритих травм живота під час надання першої допомоги заборонено:		
	Давати пити.	*	
	Транспортувати в положенні «жаби».		
	Знеболювати.		
8.	При пораненні сонної артерії необхідно:		
	Притиснути судину до шийного відділу хребта вище рани.		
	Притиснути судину до шийного відділу хребта нижче рани.	*	
	Накласти тиснучу пов'язку.		
9.	Техніка для розкриття дихальних шляхів є наступною:		
	Натиснути підборіддя вниз, нахилити голову вперед.		
	Підняти підборіддя, нахилити голову назад.		
	Підняти підборіддя, повернути голову вбік.	*	
	Нічого з перерахованого.		
10	При проведенні непрямого масажу серця застосовується правило		
	1 рука, (до 5 см) у дітей.		
	2 пальці, (4 см) у немовляти.		
	2 руки, (5 см) у дорослих.		
	Все перераховане.	*	

Тести з домедичної допомоги № 5

Питання та варіанти відповіді		Відповіді	
		Вхідн.	Вих.
1.	Вкажіть головний прийом при проведенні серцево-легеневої реанімації:		
	Забезпечення прохідності дихальних шляхів.		
	Проведення непрямого масажу серця.		
	Проведення штучного дихання.		
	Все перераховане.	*	
2.	Унаслідок стиснення травмовано верхню кінцівку, вона тепла. Треба:		
	Накласти джгут, іммобілізувати.		
	Накласти тиснучу пов'язку на рану, іммобілізувати.	*	
	Накласти тепло, іммобілізувати.		
3.	Що в першу чергу повинен зробити рятувальник при наданні допомоги потерпілому з сильною кровотечею:		
	Перевірити артеріальний тиск.		
	Зупинити кровотечу.	*	
	Забезпечити внутрішньовенний доступ.		
4.	Надання допомоги у разі опіків лугом:		
	Змастити жиром.		
	Промити розчином соди.		
	Промити холодною водою, накласти пов'язку.	*	
5.	Перша медична допомога в разі обмороження:		
	Розтерти уражену ділянку твердим матеріалом або снігом.		
	Створити умови для загального зігрівання, накласти не тугу, суху пов'язку на обморожену ділянку, дати тепле питво.	*	
	Зробити легкий масаж, розтерти уражене місце одеколоном.		
6.	Як правильно зняти з потерпілого сорочку в разі поранення лівої руки?		
	Зняти одяг із правої руки, а потім з лівої.	*	
	Зняти одяг з лівої руки, потім із правої.		
	Зняти одяг одночасно з обох верхніх кінцівок.		

	Як надати першу допомогу в разі перелому кісток тазу?		
	Надати потерпілому положення «напівсидячи», накласти тугу пов'язку.		
7.	Покласти потерпілого на рівну тверду поверхню, зігнути й розвести ноги в колінних суглобах та підкласти під них валик з одягу або іншого матеріалу, що його заміняє, (поза «жаби»), зафіксувати хворого на ношах.	*	
	Покласти потерпілого на спину, на тверду поверхню, до місць ушкодження прикласти грілку або міхур з льодом або холодною водою.		
	Якою повинна бути транспортна шина?		
	З можливістю фіксації тільки місця перелому.		
8.	З можливістю фіксації місця перелому та найближчого суглоба.		
	З можливістю фіксації місця перелому та двох суміжних суглобів.	*	
	Для перевірки циркуляції крові ви повинні перевірити пульс:		
	На сонній артерії у постраждалої дитини.		
9.	На сонній артерії у дорослого постраждалого.		
	На плечовій артерії у постраждалого немовляти.		
	Все перераховане.	*	
	При проведенні штучного дихання заборонено?		
	Щільно затиснути пальцями ніс постраждалого.		
10	Дозволити постраждалому видихати самостійно.		
	Роздмухувати надмірно легені постраждалого.	*	
	Все перераховане.		

Тести з домедичної допомоги № 6

Питання та варіанти відповіді		Відповіді	
		Вхідн.	Вих.
1.	Як накладати шину в разі перелому в нижній третині стегна?		
	Накласти одну шину від стопи до середини стегна.		
	Накласти дві шини, одну від стопи до пахової западини, другу – від стопи до підпахвинної ділянки.	*	
2.	Як правильно накладати пов'язку в разі відкритого пневмотораксу?		
	Накласти на рану асептичну пов'язку.		
	Накласти на рану серветку, накрити її повітро-непроникним матеріалом і забинтувати.	*	
3.	Накласти на рану тугу пов'язку.		
	Для чого потрібна S-подібна трубка в автомобільній аптечці?		
	Для фіксації нижньої щелепи у разі перелому. Щоб напоїти потерпілого. Для проведення штучного дихання.	*	
4.	При ураженні людини блискавкою необхідно:		
	Закопати ураженого в землю. Нанести прекардіальний удар.		
	Уразі відсутності дихання приступити до проведення серцево-легеневої реанімації.	*	
5.	Допомогою в разі опіку II ступеня є:		
	Накладання сухої пов'язки.	*	
	Змащування спиртом і накладання пов'язки. Змащування жиром і накладання пов'язки.		
6.	Достовірною ознакою біологічної смерті є:		
	Відсутність пульсу на сонній артерії. Поява трупних плям.	*	
	Відсутність реакції зіниць на світло. Відсутність реакції на біль.		

7.	У постраждалого слабкий прискорений пульс, низький тиск, липкий холодний піт, бліді шкірні покриви, знижена температура тіла. Це:		
	Грип.		
	Шок.	*	
	Обмороження.		
8.	Які ознаки вивиху в суглобі?		
	Біль, зміна форми суглоба, неправильне положення кінцівки, відсутність рухів у суглобі.	*	
	Біль, набряк, патологічна рухливість.		
	Біль, почервоніння шкірних покривів, набряк, висока температура тіла.		
9.	При виконанні компресій дитині необхідно пам'ятати правило:		
	2 руки/5 см.		
	2 руки/ 2,5 см.		
	1 рука/ 2,5 см.		
	1 рука/до 5 см.	*	
10	СЛР для дітей виконується для:		
	будь-яких дітей з малими зростом та вагою.		
	немовлят та дітей.		
	дітей від 1 до 10 або 14 років.	*	
	дітей до 8 років.		

Тести з домедичної допомоги № 7

Питання та варіанти відповіді		Відповіді	
		Вхідн.	Вих.
1.	Як зробити іммобілізацію гомілки в разі відсутності іммобілізуючого підручного матеріалу?		
	Обкласти гомілку валиками з одягу.		
	Прибинтувати до здорової нижньої кінцівки.	*	
	Туго забинтувати.		
2.	Якщо рану завдано ножем, який і досі у ній, треба:		
	Накласти джгут, вийняти ніж.		
	Накласти пов'язку, обминаючи ножа, зафіксувати його.	*	
	Накласти пов'язку, притискаючи ніж до тіла.		
3.	Вкажіть обов'язкові заходи при наданні допомоги з тепловим ударом:		
	Фізичне охолодження.		
	Свіже повітря.		
	Охолоджені напої.		
	Все перераховане.	*	
4.	Чи можна давати пити потерпілому в разі поранення живота?		
	Можна тільки необхідні ліки.		
	Тільки маленькими ковтками.		
	Не можна.	*	
5.	Відкрите пошкодження шкіри – це:		
	Рана.	*	
	Садно.		
	Забій.		
6.	Як надати допомогу в разі опіку окропом?		
	Змазати уражену ділянку маззю або лосьйоном, накласти стерильну пов'язку.		
	Промивати уражену ділянку холодною водою до зникнення больових відчуттів, потім накласти стерильну, не тугу, суху пов'язку, дати знеболювальний засіб.	*	
	Уражену ділянку присипати харчовою содою, накласти стерильну пов'язку.		

7.	Пов'язка, яка накладається при пошкодженні голітковостопного суглоба:		
	Працевидна.		
	Спіральна.		
	Вісімкою.	*	
8.	Визначте найбільш важливу ознаку забиття легенів:		
	Задишка.	*	
	Ціаноз (синюшність).		
	Кровохаркання.		
9.	Якщо дитина не чутлива і не реагує то необхідно:		
	Виконувати СЛР та не телефонувати на 103.		
	Виконувати СЛР 1-2 хвилини до набору 103.	*	
	Терміново телефонувати 103 до початку реанімаційних заходів (СЛР).		
	Жоден з перерахованих.		
10	Співвідношення кількості компресій до кількості вдихів при СЛР у дитини складає:		
	1 вдих на кожні 15 натискань.		
	2 вдихи на кожні 30 натискань.	*	
	2 вдихи на кожні 15 натискань.		
	1 вдих на кожні 5 натискань.		

Тести з домедичної допомоги № 8

Питання та варіанти відповіді		Відповіді	
		Вхідн.	Вих.
1.	При укусі змії необхідно:		
	Відсмоктати вміст рани.		
	Накласти джгут.		
	Накласти тиснучу пов'язку.	*	
2.	При отруєнні чадним газом, необхідно:		
	Винести потерпілого з приміщення у безпечне місце, провести огляд, у разі відсутності дихання проводити серцево-легеневу реанімацію.	*	
	Промити шлунок, дати активоване вугілля.		
	Охолодити потерпілого.		
3.	Допомога в разі носової кровотечі:		
	Покласти на спину.		
	У сидячому положенні нахилити голову вперед, холод на перенісся, тампонада носових ходів з розчином перекису водню 3%.	*	
	Тампонада носових ходів з розчином борної кислоти.		
4.	При переломі хребта необхідно:		
	Покласти травмованого на бік, підкласти валик в ділянці попереку.		
	Імобілізувати шийний відділ хребта, транспортувати в медичний заклад санітарним транспортом на твердій поверхні.	*	
	Покласти валик під голову та в ділянці попереку, зафіксувати голову.		
5.	Що характеризує відмороження II ступеню:		
	Синюшність шкіряних покривів.		
	Некроз (відмирання) шкіряних покривів.		
	Некроз м'яких тканин (м'язів).		
	Пухирі на шкірі.	*	
6.	Надаючи домедичну допомогу, можна остаточно зупинити кровотечу:		
	Артеріальну.		
	Капілярну.	*	
	Паренхіматозну.		

	Допомога в разі теплового удару:		
	Дати велику кількість пиття.		
7.	Перемістити потерпілого в тінь. покласти вологу серветку на голову, груди, під пахви.	*	
	Покласти в тінь, голова нижче ніг.		
	Навіщо в автомобільній аптечці потрібно мати дихальний клапан?		
8.	Для проведення непрямого масажу серця.		
	Для проведення штучного дихання.	*	
	Для здійснення трахеотомії.		
	Щоби перевірити немовля на реагування треба робити наступне:		
	Побризкати обличчя холодною водою.		
9.	Постукувати та полоскотати його груди, плечі, стопи.	*	
	Легко струшувати немовля та розмовляти з ним.		
	Легко ляскати його по обличчю.		
	Якщо немовля не реагує та не відповідає на подразники необхідно:		
	Почати СЛР до набору 103.	*	
10	Зателефонувати 103 та чекати професійних рятувальників.		
	Зателефонувати 103 до початку СЛР.		
	Виконувати СЛР та не телефонувати 103.		

Тести з домедичної допомоги № 9

Питання та варіанти відповіді		Відповіді	
		Вхідн.	Вих.
1.	Основна (достовірна) ознака перелому основи черепа:		
	Витікання ліквору з носа, вух.	*	
	Нудота, блювота. Втрата свідомості.		
2.	Чи потрібна госпіталізація ураженого електричним струмом середнього ступеня тяжкості:		
	Ні.		
	Обов'язково.	*	
	Не обов'язково. По можливості.		
3.	Яка пов'язка накладається на стегно?		
	Пращоподібна. Пов'язка Дезо.		
	Спіральна.	*	
4.	Як надати допомогу потерпілому, якщо він знепритомнів?		
	Покласти потерпілого на спину, під голову підкласти валик з одягу.		
	Покласти потерпілого на спину, підняти ноги, розстебнути тісний одяг.	*	
	Покласти потерпілого на бік.		
5.	Ознаки отруєння чадним газом:		
	Слабкість, нудота, блювота, запаморочення, червоне обличчя.	*	
	Слабкість, пронос, головний біль, збліднення шкірних покривів. Головний біль, підвищення температури тіла, біль у животі, нежить, блювання.		
6.	Як починати бинтування грудної клітини при її пораненні?		
	На видиху з нижніх відділів грудної клітини.	*	
	На вдиху із середини грудної клітини. На видиху від пахових ямок.		

7.	При обмороженні кінцівок потрібно їх:		
	Розтерти снігом.		
	Опустити в холодну воду.		
	Накласти суху асептичну пов'язку.	*	
8.	Для перевірки циркуляції треба перевірити пульс на:		
	Яремній вені.		
	Сонній артерії.	*	
	Серці.		
9.	Плечовій артерії.		
	При проведенні штучного дихання немовляті необхідно:		
	Щільно охопити його ніс і рот своїм ротом.		
	Зробити швидке, ніжне «пухкання» вашими щоками, але не легенями.		
	Дозволити немовляті робити власний видих.		
	Все перераховане.	*	
10	При виконанні компресій немовляті необхідно використовувати правило		
	2 пальця, (4 см), не менше 1/3 глибини грудної клітини.	*	
	2 руки, 2,5 см.		
	2 пальця, 5 см.		
	1 рука, 5 см.		

Тести з домедичної допомоги № 10

Питання та варіанти відповіді		Відповіді	
		Вхідн.	Вих.
1.	У людини, що перебуває в непритомному стані, ознаками життя є:		
	Наявність дихання.		
	Наявність пульсу.		
	Реакція зіниць на світло.		
	Все перераховане.	*	
2.	При проведенні штучного дихання?		
	Щільно затиснути пальцями ніс постраждалого.		
	Дозволити постраждалому видихати самостійно.		
	Не роздмухувати надмірно легені постраждалого.	*	
	Все перераховане .		
3.	Найбільш частою причиною обструкції (закупорки) дихальних шляхів є:		
	Сторонні предмети.		
	Їжа.		
	Язик.	*	
4.	Допомога при ураженні електрострумом включає все, крім:		
	В разі необхідності проводити постраждалому СЛР, протишокові заходи, допомогу при опіках.		
	Викликати «швидку допомогу».		
	До приїзду «швидкої» закопати постраждалого в землю.	*	
	Припинити дії електроструму на постраждалого.		
5.	Ознакою серцевого нападу є:		
	Сильний стискаючий, пекучий біль в області серця, що віддає в ліву руку, плече, лопатку.		
	Часте поверхнєве дихання, неспокійна поведінка, можлива втрата свідомості.		
	Все перераховане.	*	
6.	Про серйозну травму голови свідчать всі симптоми, крім:		
	Нудоти та блювання.		
	Дихальних розладів, періодичної зупинки дихання.		
	Біль в животі.	*	

7.	Коли застосовується СЛР «тільки натискання руками»:		
	Якщо обличчя жертви ушкоджене в рото-носовій області.		
	Якщо рятівник не хоче проводити штучне дихання.		
	Якщо рятівник не володіє методикою штучного дихання.		
	Все перераховане .	*	
8.	Щоб забезпечити прохідність повітря дихальними шляхами необхідно:		
	Натиснути підборіддя вниз та нахилити голову вперед.		
	Підняти підборіддя вгору та нахилити голову назад.	*	
	Підняти підборіддя вгору та нахилити голову набік.		
9.	Співвідношення кількості компресій до кількості вдихів при СЛР у дитини (дорослого) складає:		
	2 вдихи на 30 натискань	*	
	2 вдихи на 15 натискань		
	1 вдих на 15 натискань		
10	При проведенні непрямого масажу серця застосовується правило		
	1 рука, (до 5 см) у дітей.		
	2 пальці, (4 см) у немовляти.		
	2 руки, (5 см) у дорослих.		
	Все перераховане.	*	

6. Перелік навчально-методичних джерел

Основна література.

1. Гінекологія: підручник/ С.В. Хміль, З.М. Кучма, Л.І. Романчук: Укрмедкнига, 1999. - 329 с.

2. Домедична допомога (алгоритм маніпуляції): Методичний посібник / В.О. Крилюк та ін. - К.: 2015. - 48с.

3. Домедична допомога в умовах надзвичайних ситуацій: практичний посібник/ Волянський П. Б., Гур'єв С. О., Долгий М. Л., Дрозденко Н. В., Іскра Н. І., Макаренко А.М., Стрюк М. П., Терент'єва А. В.: ФОП Панов А. М., 2016. - 136 с.

4. Домедична допомога постраждалим внаслідок ДТП: Методичний посібник / В. О. Крилюк, Ю. О. Чорний, А. І. Гоженко, М. І. Квітка - К.: ФОП Ференець В.Б., 2014, - 84 с.

5. Екстрена медична допомога (догоспітальні протоколи). За редакцією О.В. Богомолець, Г.Г. Роціна. Київ - Здоров'я, 2016 р.

6. Екстрена медична допомога травмованим на догоспітальному етапі: навчальний посібник / В. О. Крилюк, С. О. Гур'єв, А. А. Гудима, Н.І. Іскра та ін - Київ. - 2016. - 400 с.

7. Екстрена медична допомога. (Посібник) за редакцією професора Г.Г. Роціна. - Київ, 2008. 127 с.

8. Коляденко Г. І. Анатомія людини. Либідь (5-те видання): Київ - 2009. - 390 с.

Допоміжна література.

1. Атлас «Нервная система человека. Строение и нарушения». Под редакцией В. М. Астапова и Ю. В. Микадзе. 4-е издание, перераб. и доп. — М.: ПЕР СЭ, 2004. - 80 с.

2. Буянов. М. Первая медицинская помощь - М.: Медицина, 1981., 192 с., ил. 66.

3. Долікарська допомога / Підручник – К.: Правові джерела, 2000. Інструкція по оказанию первой медицинской помощи при автодорожных травмах. Харьков. Облполиграфиздат. 1982 г. 63 с.

4. Зозуля І. С., Верншигора А. В., Бобров В. І. Медицина неотложных состояний. Киев «Медицина» 2008 - 696 с.

5. Олійник П. Перша медична допомога. - Львів: «Сполом», 2004. - 256 с.

6. Соловьєва І. П. Судебно-медичинська експертиза залізничної травми. Учебно-методическое пособие для судебно-медичинских экспертов. - М., 1991. - 35 с.

7. Халмурадов Б.В. Медицина надзвичайних ситуацій підручник / Б. Д. Халмурадов, П. Б. Волянський - К.: Центр учбової літератури, 2016. - 208 с.

Нормативні документи.

1. Закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»

2. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1115 «Про затвердження Порядку підготовки та підвищення кваліфікації осіб, які зобов'язані надавати домедичну допомогу».

3. Наказ МОЗ України від 02.03.2009 р. № 132 «Про організацію навчання окремих категорій немедичних працівників навичкам надання першої невідкладної медичної допомоги».

4. Наказ МОЗ України від 16.06.2014 р. № 398 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах».

5. Наказ МОЗ України від 29.03.2017 р. № 346 «Про удосконалення підготовки з надання домедичної допомоги осіб, які не мають медичної освіти».

Інформаційні ресурси.

1. <https://www.youtube.com/watch?v=Mz5c-3VJ1N8>
2. <https://www.youtube.com/watch?v=dNdAKKvtRFw>
3. <https://www.youtube.com/watch?v=BjD3cWSNEG0>
4. <http://www.youtube.com/watch?v=v1CWvQ-vXFA>
5. <https://www.youtube.com/watch?v=WWtriCPyVBM>
6. <https://www.youtube.com/watch?v=dNdAKKvtRFw>
7. https://www.youtube.com/watch?v=80j_HZWM_MI
8. <https://www.youtube.com/watch?v=rXTTUNwfmrM>
9. <https://www.youtube.com/watch?v=nyuQQR1HdvY>
10. <https://www.youtube.com/watch?v=a4PfViwXnrQ>
11. <https://www.youtube.com/watch?v=nFHQ6f0-hC0>
12. https://www.youtube.com/watch?v=E4pbRoMS_xo
13. <https://www.youtube.com/watch?v=r240kQj3mw8>
14. https://www.youtube.com/watch?v=0Y7_IroomRo
15. <https://www.youtube.com/watch?v=7zfTz6TJZf4>

Додаток Б

(найменування закладу, підприємства)

ЗАТВЕРДЖЕНО:

Наказ _____

(посада керівника)

від _____ № _____

(число, місяць, рік)

**Інструкція (проект)
з охорони праці особи під час надання нею
домедичної допомоги**

1. Загальні положення

1.1. Інструкція призначена для виконання особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до статті 12 Закону України "Про екстрену медичну допомогу" зобов'язані здійснювати такі дії та заходи.

1.2. Інструкція розроблена відповідно до Положення про розробку інструкцій з охорони праці, затвердженого наказом Держнаглядохоронпраці від 29.01.1998 № 9; Типового положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці, затвердженого наказом Держнаглядохоронпраці від 26.01.2005 № 15; Правил безпеки праці в органах і підрозділах МНС України, затвердженого наказом МНС України від 07.05.2007 № 312; Порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах, затверджених наказом МОЗ від 16.06.2014 № 398, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 7 липня 2014 р. За № 750/25527.

1.3. Інструкція визначає систему заходів спрямованих на збереження життя, здоров'я і працездатності осіб рядового, началь-

ницького складу та працівників (далі – працівник) та встановлює вимоги до належних та безпечних умов праці під час надання зазначеними особами домедичної допомоги постраждалим.

1.4. Вимоги цієї Інструкції є обов'язковими для виконання всіма категоріями працівників органів та підрозділів ДСНС України під час виконання службових обов'язків.

1.5. Працівник проходить інструктаж за цією інструкцією перед початком роботи (первинний інструктаж), а потім через кожні шість місяців (повторний інструктаж). Результати інструктажу заносять до Журналу реєстрації інструктажів із питань охорони праці на робочому місці. У журналі після проходження інструктажу має бути підпис особи, яка проводить інструктаж, та працівника.

1.6. Основними небезпечними чинниками під час виконання робіт з надання домедичної допомоги є:

- наявність (дія) вражаючих факторів надзвичайної події (ситуації);
- зорова та нервово-емоційна напруга;
- зависока або занижка температура повітря;
- недостатнє освітлення місця події;
- знаходження постраждалого в обмеженому просторі;
- забруднення кров'ю та іншими рідинами постраждалого;
- інфекція (від постраждалого);
- неадекватна поведінка постраждалого.

1.7. Працівник зобов'язаний:

- дбати про особисту безпеку і здоров'я, а також про безпеку і здоров'я оточуючих людей у процесі надання домедичної допомоги;
- знати і виконувати вимоги нормативно-правових актів з охорони праці, правила поводження з медичним обладнанням та виробами медичного призначення, користуватися засобами колективного та індивідуального захисту.

1.8. Працівник несе безпосередню відповідальність за порушення зазначених вимог.

1.9. Керівник підрозділу організовує збереження майна, призначеного для надання домедичної допомоги у справному стані,

здійснює своєчасне поповнення укладки витратними виробами медичного призначення та ремонт і перевірку медичної апаратури.

2. Вимоги безпеки перед початком роботи

2.1. Перед початком роботи (заступленням на чергування) начальник караулу (інша відповідальна особа) повинен прийняти від попередньої зміни майно, призначене для надання домедичної допомоги, перевірити комплектацію медичної укладки з медикаментами та виробами медичного призначення, робочий стан медичної апаратури.

2.2. Про всі виявлені недоліки відповідальна особа повинна інформувати безпосереднього керівника.

3. Вимоги безпеки під час роботи

3.1. З метою попередження зараження працівника інфекційними захворюваннями необхідно користуватися гумовими (латексними) рукавичками під час надання домедичної допомоги постраждалим з відкритими ранами або забрудненими іншими випорожненнями організму людини.

3.2. При використанні в роботі апаратів штучної вентиляції легень (кисневого інгалятора) необхідно:

- оберігати балони з киснем від поштовхів, ударів, падіння і нагріву;
- не допускати наявності жирових і масляних плям на поверхні деталей апарата і деталей комплектуючих апарат;
- для змащування маховичків вентилів кисневих балонів, при необхідності, застосовувати суміш 10% гліцерину з дистильованою водою;
- тримати руки чистими і сухими;
- вентиль балона із киснем відкривати повільно, пам'ятаючи, що розряд статичної електрики, який утворюється при великій швидкості витікаючого газу із балона, приводить до вибуху газу в балоні.

3.3. При роботі з дефібрилятором правильно накладати електроди, так як незабезпечення щільності контактів електродів може привести до збільшення електророзряду та викликати опіки в місцях нещільного прилягання контактів. Слід пам'ятати,

що при здійсненні електроімпульсного впливу можлива судомна рухома реакція пацієнта, яка може нести небезпеку для його оточуючих.

3.4. При наданні домедичної допомоги особам у нетверезому стані, з агресивною поведінкою за необхідністю залучати працівників національної поліції.

3.5. Після надання домедичної допомоги інфекційним хворим, особам з відкритими ранами або забрудненим різними випороженнями людини необхідно провести дезінфекцію рук та майна, яке застосовувалося у роботі.

3.6. Не проводити самостійно ремонт, чистку і змащування апаратури, не торкатися неізольованих струмопровідних частин електрообладнання і проводів. У разі раптового відключення струму негайно відключити всю апаратуру.

3.7. Надання домедичної допомоги постраждалим, які вражені електричним струмом, розпочинати після звільнення їх від дії вражаючого фактора.

3.8. Проводити штучне дихання із застосуванням запобіжних засобів, що виключають прямий контакт з постраждалим "рот в рот".

4. Вимоги безпеки після закінчення роботи

4.1. Після закінчення роботи працівник (відповідальна особа) зобов'язаний:

- відключити прилади і апарати від джерел живлення, перевівши всі тумблери і вимикачі в положення виключено та вкласти їх в пакувальну тару;
- почистити, продезінфікувати та промити вироби медичного призначення і вкласти їх в укладку;
- скласти список виробів медичного призначення, які були витрачені за час надання домедичної допомоги та передати його керівнику підрозділу для поповнення нестачі;

4.2. Медичні апарати, у тому числі й балони з киснем, для зберігання необхідно розміщувати на відстані не менше 1 м від нагрівальних приладів.

4.3. Дезінфекцію приладів проводити серветкою, змоченою антисептиком.

Посада працівника,
що розробив цю інструкцію _____
(дата, підпис, прізвище, ініціали)

УЗГОДЖЕНО:

Працівник служби охорони праці _____
(_____ дата, підпис, прізвище, ініціали)

Працівник з правових питань _____
(дата, підпис, прізвище, ініціали)

З інструкцією ознайомлений _____ «__» _____ 20____ р.

(посада, підпис, прізвище, ініціали)

Додаток В**Інтернет-ресурс малюнків використаних у посібнику**

1. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%94%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D0%BC%D1%96%D1%88%D0%BE%D0%BA+%D0%90%D0%BC%D0%B1%D1%83&sxsrf=ACYBGNSf43rTJB7SRvNIFY_BPQh81xUxtg:1580394065380&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjW3vzWwqvnAhUm_CoKHbKjB_YQ_AUoAXoECA0QAw&biw=1366&bih=604#imgrc=OiXcyK-MUNAYsM:

2. https://www.google.com.ua/search?biw=1366&bih=604&tbm=isch&sxsrf=ACYBGNSrlu_Jrlt_pgJU3LjdHBS4mh1K8g%3A1580394189211&sa=1&ei=zeYyXonKDNGtrgTtup2wAQ&q=%D0%A1%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1+%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D1%81%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE&oq=%D0%A1%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1+%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D1%81%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE&gs_l=img.12...147708.147708..149724...1.0..0.216.300.1j0j1.....0....2j1..gws-wiz-img.....35i39.kfGAYnWGGjA&ved=0ahUKEwjJ5IKSw6vnAhXRlosKHW1dBxYQ4dUDCAY#imgrc=KrdQ3hgbhSLmUM:

3. https://www.google.com.ua/search?biw=1366&bih=604&tbm=isch&sxsrf=ACYBGNT-D1DROoXB5CVF3JJWzF6G75ZXXw%3A1580394444273&sa=1&ei=zOcyXpj_D6SQrgT_7bDwBg&q=%D0%A1%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1+%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D1%81%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82-%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE&oq=%D0%A1%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1+%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D1%81%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE&gs_l=img.12...

0.0..14440...0.0..0.0.0.....0.....gws-wiz-img.b6pEKhaRcvl&ved=0ahUKEwiYldKLxKvnAhUkilsKHf82DG4Q4dUDCAy

4. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%BF%D0%B0%D0%BA%D0%B5%D1%82+%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B2%D1%8F%D0%B7%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D1%96%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9&tbm=isch&ved=2ahUKEwjkrmmz7XnAhUcyMQBHXi3Dp8Q2-cCegQlABAA&oq=%D0%BF%D0%B0%D0%BA%D0%B5%D1%82+%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B2%D1%8F%D0%B7%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D1%96%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9&gs_l=img.3...141653.156875..157428...0.0..0.174.3408.34j2.....0.....1..gws-wiz-img.....35i39j0i67j0j0i131j0i8i30j0i24.FRizbDXBG_w&ei=ujE4XuT9J5yQk74P-O66-Ak&bih=644&biw=1366#imgrc=rUw2aVWV280UfM

5. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%BF%D0%B0%D0%BA%D0%B5%D1%82+%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B2%D1%8F%D0%B7%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D1%96%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9&tbm=isch&ved=2ahUKEwjkrmmz7XnAhUcyMQBHXi3Dp8Q2-cCegQlABAA&oq=%D0%BF%D0%B0%D0%BA%D0%B5%D1%82+%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B2%D1%8F%D0%B7%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D1%96%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D0%B2%D1%96%D0%B4%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%B9&gs_l=img.3...141653.156875..157428...0.0..0.174.3408.34j2.....0.....1..gws-wiz-img.....35i39j0i67j0j0i131j0i8i30j0i24.FRizbDXBG_w&ei=ujE4XuT9J5yQk74P-O66-Ak&bih=644&biw=1366#imgrc=OTdviQA_QiUVpM

6. <https://www.google.com.ua/search?q=%D0%92%D0%B0%D0%BA%D1%83%D1%83%D0%BC%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D0%BC%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%86&tbm=isch&ved=2ahUKEwjek-rk0LXnAhWYwKYKHWE7CicQ2-cCegQlABAA>

A&oq=%D0%92%D0%B0%D0%BA%D1%83%D1%83%D0%BC%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D0%BC%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%86&gs_l=img.12...32076.32076..33188...0.0..0.105.105.0j1.....0....1..gws-wiz-img.fNW5TQEoHGM&ei=STM4Xp7LN5iBmwXh9qj4Ag&bih=644&biw=1366#imgrc=MNUcS9VFkdIpAM&imgdii=fZb0TnhJ0Xch5M

7. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%BD%D0%BE%D1%88%D1%96+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96+%D0%B012&tbm=isch&ved=2ahUKEwiK7JD10LXnAhWeapoKHSCqAYkQ2-cCegQIABAA&oq=%D0%BD%D0%BE%D1%88%D1%96+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96+%D0%B012&gs_l=img.3...90865.96393..98423...0.0..0.102.1496.14j2.....0....1..gws-wiz-img.....35i39j0i67j0j0i10j0i30j0i24j0i19.rl3zbLQlqXw&ei=bDM4XoqGBp7V6QSG1IblCA&bih=644&biw=1366#imgrc=sXR1uYM1VxIR6M&imgdii=hTyrhMDZEVb-NM

8. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%BD%D0%BE%D1%88%D1%96+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96+%D0%B210&tbm=isch&ved=2ahUKEwiHjOik0bXnAhXacZoKHfWZDsEQ2-cCegQIABAA&oq=%D0%BD%D0%BE%D1%88%D1%96+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96+%D0%B210&gs_l=img.12...70555.73014..74434...0.0..0.108.302.1j2.....0....1..gws-wiz-img.gnqSztWqNs&ei=0DM4XofkBdrj6QT1s7qlDA&bih=644&biw=1366#imgrc=nfnxI8At0s9_OM

9. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%BD%D0%BE%D1%88%D1%96+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96+%D0%9014&tbm=isch&ved=2ahUKEwjE4_Tl0bXnAhVIOZoKHcANDOWQ2-cCegQIABAA&oq=%D0%BD%D0%BE%D1%88%D1%96+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96+%D0%9014&gs_l=img.3...472963.476108..477161...0.0..0.88.173.2.....0....1..gws-wiz-img.dCqhb1d0FMA&ei=GzQ4XoTqMMjy6ATAm7DgDg&bih=644&biw=1366#imgrc=JY01g0hMcVLTvM&imgdii=wEwy33AA6Xtq6M

10. <https://www.google.com.ua/search?q=%D0%BD%D0%BE%D1%88%D1%96+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96+%D0%9018&tbm=isch&ved=2ahUKEwjx7oSt07XnAhXFgHMKHQlaDycQ2-cCegQIABAA&oq=%D0%BD%D0%B>

E%D1%88%D1%96+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96+%D0%9018&gs_l=img.3...48750.48750..49045...0.0..0.87.87.1.....0....1..gws-wiz-img.N9phfgnuayk&ei=-jU4XvGJDCWBzgOJtL24Ag&bih=644&biw=1366#imgrc=r-6B3ie6-U7xxM

11. https://www.google.com.ua/search?q=%D1%84%D1%96%D0%BA%D1%81%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80+%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8&tbm=isch&ved=2ahUKEwiG6PjE07XnAhVI9hoKHWLzD00Q2-cCegQIABAA&oq=%D1%84%D1%96%D0%BA%D1%81%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80+%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8&gs_l=img.3...53931.58560..59887...0.0..0.88.1261.15.....0....1..gws-wiz-img.....35i39j0j0i131j0i30j0i8i30j0i10i24j0i24.sq3-sWURDis&ei=LDY4XoaiFcja-Lmv-gE&bih=644&biw=1366#imgrc=90CF5VDIHxM8UM

12. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0+%D0%BB%D1%8F%D0%BC%D0%BA%D0%B0&tbm=isch&ved=2ahUKEwjOpoDi07XnAhVJsRoKHXEIDKoQ2-cCegQIABAA&oq=%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0+%D0%BB%D1%8F%D0%BC%D0%BA%D0%B0&gs_l=img.3...27164.33324..33706...0.0..0.95.1239.15.....0....1..gws-wiz-img.....35i39j0j0i5i30j0i24.YKNbTcmkE4k&ei=aTY4Xo7OEcniaVHKsNAK&bih=644&biw=1366#imgrc=XcBwTA4NwtTGVM

13. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0+%D0%BB%D1%8F%D0%BC%D0%BA%D0%B0&tbm=isch&ved=2ahUKEwjOpoDi07XnAhVJsRoKHXEIDKoQ2-cCegQIABAA&oq=%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0+%D0%BB%D1%8F%D0%BC%D0%BA%D0%B0&gs_l=img.3...27164.33324..33706...0.0..0.95.1239.15.....0....1..gws-wiz-img.....35i39j0j0i5i30j0i24.YKNbTcmkE4k&ei=aTY4Xo7OEcniaVHKsNAK&bih=644&biw=1366#imgrc=op5CCri2BaRchM

14. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0+%D0%BB%D1%8F%D0%BC%D0%BA%D0%B0&tbm=isch&ved=2ahUKEwjOpoDi07XnAhVJsRoKHXEIDKoQ2-cCegQIABAA&oq=%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0+%D0%BB%D1%8F%D0%BC%D0%BA%D0%B0&gs_l=img.3...27164.33324..33706...0.0..0.95.1239.15.....0....1..gws-wiz-img.....35i39j0j0i5i30j0i24.YKNbTcmkE4k&ei=aTY4Xo7OEcniaVHKsNAK&bih=644&biw=1366#imgrc=op5CCri2BaRchM

%B0&gs_l=img.3...27164.33324..33706...0.0..0.95.1239.15.....0....
1..gws-wiz-img.....35i39j0j0i5i30j0i24.YKNbTcmkE4k&ei=aTY4Xo7
OEcniavHKsNAK&bih=644&biw=1366#imgrc=29h5zwbQaHrtM

15. https://www.google.com.ua/search?q=%D1%88%D0%B8%D0%BD%D0%B0+%D0%BA%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D1%80%D0%B0&tbm=isch&ved=2ahUKEwjX2dvy07XnAhVD2xoKHUulCFgQ2-cCegQIABAA&oq=%D1%88-%D0%B8%D0%BD%D0%B0+%D0%BA%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D1%80%D0%B0&gs_l=img.1.0.0i10.137651.141058..145802...0.0..0.92.1016.12.....0....1..gws-wiz-img.fqCdwBTmNMY&ei=jDY4XtjfFMO2a8vKosAF&bih=644&biw=1366#imgrc=Ai6c8dPiVGQYWM

16. https://www.google.com.ua/search?q=%D1%88%D0%B8%D0%BD%D0%B0+%D0%B4%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%85%D1%81%D0%B0&tbm=isch&ved=2ahUKEwiMweO41LXnAhUCIBoKHeKrAmcQ2-cCegQIABAA&oq=%D1%88%D0%B8%D0%BD%D0%B0+%D0%B4%D1%96%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%96%D0%BA%D1%81%D0%B0&gs_l=img.1.0.0i10i24.21794.25341..27181...0.0..0.186.855.8j1.....0....1..gws-wiz-img.....0i67j0j0i30j0i5i30j0i24._AIQ_OLyLZs&ei=Hzc4Xsy1EIKoaulXirgG&bih=644&biw=1366#imgrc=7GcnQQzzj0VJkM&imgdii=rP0vXJt_VPRNsM

17. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%A8%D0%B8%D0%BD%D0%B8+%D1%81%D0%B0%D0%BC+%D1%81%D0%BF%D0%BB%D1%96%D0%BD&sxsrf=ACYBGNTZoze_OZtf4eJLPhLa1X_UPS7eA:1580796943758&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjtt63Cn7fnAhXksIsKHfiMCy8Q_AUoAnoECAsQBA&bih=1366&bih=644#imgrc=v45-mbDmfEoMuM

18. https://www.google.com.ua/search?q=%D1%88%D0%B8%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D1%96%D1%80+&tbm=isch&ved=2ahUKEwiPsanxn7fnAhUEC5oKHWjKC4UQ2-cCegQIABAA&oq=%D1%88%D0%B8%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D1%96%D1%80+&gs_l=img.12..0i24i2.23031.31149..34085..0.0..0.103.1251.9j4.....0....1..gws-wiz-img.....35i39j0j0i67j0i30.t4REtzgF7cw&ei=cgw5Xo-wD4SW6AToIK-oCA&bih=644&biw=1366#imgrc=pmtsFQRmsh59BM

19. https://www.google.com.ua/search?q=%D1%88%D0%B8%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D1%96%D1%80+&tbm=isch&ved=2ahUKEwiPsanxn7fnAhUEC5oKHWjKC4UQ2-cCegQIABAA&oq=%D1%88%D0%B8%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D1%96%D1%80+&gs_l=img.12..0i24i2.23031.31149..34085..0.0..0.103.1251.9j4.....0....1..gws-wiz-img.....35i39j0j0i67j0i30.t4REtzgF7cw&ei=cgw5Xo-wD4SW6AToIK-oCA&bih=644&biw=1366#imgrc=pmtsFQRmsh59BM

82%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE&gs_l=img.3...2448225.2467015..2467966...0.0..0.99.3679.42.....0....1..gws-wiz-img.....0i7i30j0i8i30j0i24.oxLA3qEil2U&ei=WxE5Xs_yMo2L6QStnpboBw&bih=644&biw=1366#imgrc=mrBOUGevgJly3M

23. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%BD%D0%B0+%D0%B3%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%BD%D1%83+%D0%BA%D0%BB%D1%96%D1%82%D0%BA%D1%83&tbm=isch&ved=2ahUKEwjwisXirbfnAhUUuyoKHb66AQQQ2-cCegQIABAA&oq=%D0%BD%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%BD%D0%B0+%D0%B3%D1%80&gs_l=img.1.0.0i24.126486.133985..137180...1.0..0.97.1590.17.....0....1..gws-wiz-img.....35i39j0j0i5i30j0i30.GQeICCDux40&ei=ARs5XrCGFZT2qgG-9YYg&bih=644&biw=1366#imgrc=QcuyUgF FclOBjM&imgdii=LRdtp5XrhIBSCM

24. https://www.google.com.ua/search?q=%D0%B2%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%90%D0%97%D0%94&tbm=isch&ved=2ahUKEwj3jJqvr7fnAhXVfpoKHVRJCpgQ2-cCegQIABAA&oq=%D0%B2%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%90%D0%97%D0%94&gs_l=img.3.0i24.243769.249694..250355...0.0..0.104.1541.12j4.....0....1..gws-wiz-img.....35i39j0j0i13i1j0i30.4JRa31N-Lk8&ei=rhw5Xvf9ldX96QTUkqnACQ&bih=644&biw=1366#imgrc=cCLPqvhzLoJoeM&imgdii=_dv3l3WgGC5mdM

25. https://www.google.com.ua/search?q=%D1%82%D0%B5%D1%85%D0%BD%D1%96%D0%BA%D0%B0+%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%B9%D0%BE%D0%BC%D1%83+%D0%A5%D0%B5%D0%B9%D0%BC%D0%BB%D1%96%D1%85%D0%B0&tbm=isch&ved=2ahUKEwiBz7_1sLfnAhUEZ5oKHWqnDc8Q2-cCegQIABAA&oq=%D1%82%D0%B5%D1%85%D0%BD%D1%96%D0%BA%D0%B0+%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%B9%D0%BE%D0%BC%D1%83+%D0%A5%D0%B5%D0%B9%D0%BC%D0%BB%D1%96%D1%85%D0%B0&gs_l=img.3...19035.23811..24345...0.0..0.277.967.5j2j1.....0....1..gws-wiz-img.dG2SiruqW3k&ei=Th45XoHwGITO6QTqzrb4DA&bih=644&biw=1366#imgrc=lh2YASKln6UNNm

D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%A1%D0%90%D0%A2+%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D1%96%D1%94%D1%8E+%D1%80%D1%83%D0%BA%D0%BE%D1%8E&gs_l=img.3...125115.144395..144762...4.0..0.180.2887.25j4.....0....1..gws-wiz-img.....0j0i8i30j0i30j0i24.ghVV9W9LvfY&ei=Zx45Xvu4LpLpqgGzwLuwBA&bih=644&biw=1366#imgrc=I Mgl-n-37tUhUM

29. https://www.google.com.ua/search?q=%D1%82%D0%B5%D1%85%D0%BD%D1%96%D0%BA%D0%B0+%D0%BD%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%B4%D0%B6%D0%B3%D1%83%D1%82%D0%B0+%D0%B5%D1%81%D0%BC%D0%B0%D1%80%D1%85%D0%B0&tbm=isch&ved=2ahUKEwjK-KvHsbnAhXUvSoKHWoidGIQ2-cCegQIABAA&oq=%D1%82%D0%B5%D1%85%D0%BD%D1%96%D0%BA%D0%B0+%D0%BD%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F+%D0%B4%D0%B6%D0%B3%D1%83%D1%82%D0%B0+%&gs_l=img.1.0.0i24I8.104502.107612..109712...0.0..0.109.695.5j2.....0....1..gws-wiz-img.o7G8_BWt6Fc&ei=-h45XsqTA9T7qgHjkLQBg&bih=644&biw=1366#imgrc=NHdsYBVkjJXA5M

30. [https://www.google.com.ua/search?q=%D0%A2%D0%95%D0%A5%D0%9D%D0%86%D0%9A%D0%90+%D0%9D%D0%90%D0%9A%D0%9B%D0%90%D0%94%D0%90%D0%9D%D0%9D%D0%AF+%D0%9F%D0%9E%D0%92%E2%80%99%D0%AF%D0%97%D0%9A%D0%98%2C+%D0%A9%D0%9E+%D0%A2%D0%98%D0%A1%D0%9D%D0%95%3A&gs_l=img.12...0.0..908...0.0..0.0.0.....0.....gws-wiz-img.mS5pcmgmQkQ&ei=IzQ5XqelGNL8qgGvP6fYA&bih=644&biw=1366#imgrc=b751gRtdyxjLeM](https://www.google.com.ua/search?q=%D0%A2%D0%95%D0%A5%D0%9D%D0%86%D0%9A%D0%90+%D0%9D%D0%90%D0%9A%D0%9B%D0%90%D0%94%D0%90%D0%9D%D0%9D%D0%AF+%D0%9F%D0%9E%D0%92%E2%80%99%D0%AF%D0%97%D0%9A%D0%98%2C+%D0%A9%D0%9E+%D0%A2%D0%98%D0%A1%D0%9D%D0%95%3A&tbm=isch&ved=2ahUKEwjnwsTexbfnAhVSvioKHZXTCSsQ2-cCegQIABAA&oq=%D0%A2%D0%95%D0%A5%D0%9D%D0%86%D0%9A%D0%90+%D0%9D%D0%90%D0%9A%D0%9B%D0%90%D0%94%D0%90%D0%9D%D0%9D%D0%AF+%D0%9F%D0%9E%D0%92%E2%80%99%D0%AF%D0%97%D0%9A%D0%98%2C+%D0%A9%D0%9E+%D0%A2%D0%98%D0%A1%D0%9D%D0%95%3A&gs_l=img.12...0.0..908...0.0..0.0.0.....0.....gws-wiz-img.mS5pcmgmQkQ&ei=IzQ5XqelGNL8qgGvP6fYA&bih=644&biw=1366#imgrc=b751gRtdyxjLeM)

31. [https://www.google.com.ua/search?q=%D0%A2%D0%95%D0%A5%D0%9D%D0%86%D0%9A%D0%90+%D0%95%D0%92%D0%90%D0%9A%D0%A3%D0%90%D0%A6%D0%86%](https://www.google.com.ua/search?q=%D0%A2%D0%95%D0%A5%D0%9D%D0%86%D0%9A%D0%90+%D0%95%D0%92%D0%90%D0%9A%D0%A3%D0%90%D0%A6%D0%86%>)

D0%87+%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%A2%D0%A0%D0%90%D0%96%D0%94%D0%90%D0%9B%D0%9E%D0%93%D0%9E+%D0%97+%D0%A1%D0%90%D0%9B%D0%9E%D0%9D%D0%A3+%D0%90%D0%92%D0%A2%D0%9E%D0%9C%D0%9E%D0%91%D0%86%D0%9B%D0%AF%3A&tbm=isch&ved=2ahUKEwi7osHfxbfnAhULzCoKHb6zB6EQ2-cCegQIABAA&oq=%D0%A2%D0%95%D0%A5%D0%9D%D0%86%D0%9A%D0%90+%D0%95%D0%92%D0%90%D0%9A%D0%A3%D0%90%D0%A6%D0%-86%D0%87+%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%A2%D0%A0%D0%90%D0%96%D0%94%D0%90%D0%9B%D0%9E%D0%93%D0%9E+%D0%97+%D0%A1%D0%90%D0%9B%D0%9E%D0%9D%D0%A3+%D0%90%D0%92%D0%A2%D0%9E%D0%9C%D0%9E%D0%91%D0%86%D0%9B%D0%AF%3A&gs_l=img.12...39895.39895..41103...0.0..0.103.103.0j1.....0....1..gws-wiz-img.g_4JJODiC2A&ei=JTQ5Xvv7GouYqwG-556lCg&bih=644&biw=1366#imgrc=L2LwgHrteqrepM

НОТАТКИ

НОТАТКИ

Навчальне видання

ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА НА МІСЦІ ПОДІЇ

Практичний посібник

Верстка – Т.М. Мартиненко

Підписано до друку 20.03.2020 р. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Arial. Цифровий друк.
Умовно-друк. арк. 13,02. Тираж 300. Замовлення № 0320-48.
Віддруковано з готового оригінал-макета.

Видавництво і друкарня – Видавничий дім «Гельветика»
73034, м. Херсон, вул. Паровозна, 46-а
Телефон +38 (0552) 39 95 80,
+38 (095) 934 48 28, +38 (097) 723 06 08
E-mail: mailbox@helvetica.com.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 6424 від 04.10.2018 р.