

Крилюк В.О., Кузьмін В.Ю., Кузьмінський І.В.,
Максименко М.А., Крилюк О.Є.

Домедична допомога при мінно-вибуховій травмі

Методичний посібник для шкільних викладачів

Київ – 2016

| | |
|---|----|
| I. МІННА БЕЗПЕКА | 3 |
| Поняття про міни та вибухові пристрої..... | 3 |
| Мінна безпека..... | 6 |
| Механізм мінно-вибухової травми..... | 13 |
| II. ПРАВИЛА ПОВЕДІНКИ НА МІСЦІ ПОДІЇ. ОГЛЯД МІСЦЯ ПОДІЇ. | |
| ПРАВИЛА ОГЛЯДУ ПОСТРАЖДАЛОГО | 18 |
| Алгоритм поведінки на місці події після вибуху..... | 18 |
| Поведінка на місці події після вибуху..... | 19 |
| Алгоритм огляду остраждалого..... | 21 |
| Алгоритм проведення швидкої оцінки стану постраждалого..... | 22 |
| Швидка оцінка стану постраждалого..... | 23 |
| Алгоритм проведення первинного огляду постраждалого..... | 24 |
| Первинний огляд постраждалого..... | 25 |
| III. ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ | 26 |
| Кровотеча – основні поняття..... | 26 |
| Зупинка масивної кровотечі..... | 28 |
| Притиснення рани..... | 29 |
| Зупинка кровотечі з ран кінцівок за допомогою джгута..... | 30 |
| Зупинка кровотечі з кінцівок за допомогою джгута типу Есмарх..... | 32 |
| Зупинка кровотечі з кінцівок за допомогою джгута типу САТ..... | 34 |
| Зупинка кровотечі з кінцівок за допомогою імпровізованого джгута..... | 46 |
| Основні помилки під час накладання кровоспинних джгутів..... | 49 |
| Зупинка кровотечі з ран кінцівок за допомогою компресійної пов'язки..... | 50 |
| Зупинка вузлових кровотеч..... | 54 |
| IV. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАВМАХ РІЗНИХ ДІЛЯНОК ТІЛА | 60 |
| Поняття про вторинний огляд..... | 60 |
| Травма голови та обличчя..... | 61 |
| Травма ока..... | 62 |
| Травма грудної клітки..... | 64 |
| Травма живота..... | 66 |
| Попередження гіпотермії у постраждалого..... | 67 |
| Надання постраждалому стабільного положення..... | 68 |
| Література | 75 |

ПОНЯТТЯ ПРО МІНИ ТА ВИБУХОВІ ПРИСТРОЇ

Міни, вибухові предмети та пристрої – вид боєприпасів, які активно використовуються під час ведення бойових дій, терористичних актів (мал. 1). Вони містять оболонку (найчастіше металеву) та вибухову речовину; міни можуть також мати в собі готові осколки – кульки або ролики. Місця розміщення мін (мінні поля) можуть бути позначені спеціальними маркуванням (мал. 2), однак згідно даних фахівців це менше 10%. На жаль місця розміщення мін зараз взагалі не помічають спеціальним маркуванням, а їх більшість – майже 90%. Також слід зауважити, що може використовуватись нестандартне маркування.



Мал. 1

Під **вибухонебезпечними предметами** слід розуміти будь-які пристрої, засоби, підозрілі речі, що здатні за певних умов вибухати.

До вибухонебезпечних предметів належать:

- **вибухові речовини** — хімічні з'єднання або суміші, здатні під впливом певних зовнішніх дій (нагрівання, удар, тертя, вибух іншого вибухового пристрою) до швидкого хімічного перетворення, що саморозповсюджується, з виділенням великої кількості енергії і утворенням газів.

- **боєприпаси** – вироби військової техніки призначені для враження живої сили супротивника. До боєприпасів належать:

- бойові частки ракет;
- авіаційні бомби;
- артилерійські боєприпаси (снаряди, міни);
- інженерні боєприпаси (протитанкові і протипіхотні міни);
- ручні гранати;
- стрілецькі боєприпаси (набої до пістолетів, карабінів, автоматів тощо);

- **піротехнічні засоби:**

- патрони (сигнальні, освітлювальні, імітаційні, спеціальні);
- вибухові пакети;
- петарди;

- **ракет** (освітлювальні, сигнальні);

- гранати;
- димові шашки.

- **саморобні вибухові пристрої** – пристрої, в яких застосований хоча б один елемент конструкції саморобного виготовлення:

- міна – пастки, які встан овлюються з метою вбити

або поранити людину або декількох людей в місцях, які часто використовуються ними в процесі життєдіяльності (відкривання дверей, відкривання вікна і т. д.), в місцях, де їм необхідно пересуватися (доріжка у дворі будинку), або ж в таких предметах, які викликають довіру і одночасно бажання взяти їх до рук (іграшки, різна упаковка, мобільні телефони).

Зазвичай, при знаходженні серійних мін, снарядів, гранат дорослі негайно викликають фахівців, які огороджують район і знешкоджують небезпечні знахідки. Інша справа – діти. Природна цікавість спонукає їх до небезпечний експериментів. Діти підкладають боєприпаси у багаття, випробують їх на міцність ударами, намагаються розібрати, приносять додому, у двір, до школи. Тому так важливо пояснити учням наслідки подібних дій, навчити правилам поведінки у таких ситуаціях.



Мал. 2

Існують певні правила яких слід дотримуватись та навчити інших:

1. **Необхідно уникати:** місця, де перебували або перебувають військові, особливо їх інженерні споруди (окопи, траншеї, доти, дзоти і блок-пости), зелені насадження, пустирі, місця зі слідами руйнувань, руїни, покинуті будинки, кинуті машини і зруйновану техніку, дороги з пошкодженням покриттям, дороги без покриття – ґрунтові, польові, посипані гравієм, місця обстрілу і бойових дій, а також зони, відмічені сигнальними стрічками, знаками з черепом і кістками і написами DANGER MINES або УВАГА МІНИ (див. мал. 2).
2. **Звернути увагу на:** предмети, схожі на зображені на фотографіях, чи будь-які інші дивні, невідповідні до обстановки, незнайомі речі, що привертають до себе увагу,

покинуті іграшки й побутові предмети, а також дротові розтяжки, зазвичай натягнуті на рівні коліна. Все, що має підозрілий вигляд необхідно обминати. Слід вважати, що це потенційно небезпечний предмет та повідомляти відповідні служби.

3. **Помітивши підозрілий предмет,** не намагатися підійти ближче, сфотографувати чи взяти знахідку в руки, необхідно запам'ятати, як вона виглядає і де знаходиться, і якнайшвидше повідомити про неї батьків, вчителів, рятувальників чи представників місцевої влади.
4. Також **не слід намагатись самостійно потрапити** до тих, хто опинився на замінованій території: є завеликий ризик того, що допомогу ви надати не зможете, але підірветесь самі. Перевіркою підозрілих речей і місць, маркуванням небезпечних зон, знешкодженням вибухонебезпечних предметів і порятунком людей, що опинились на замінованих територіях, повинні займатися рятувальники, які мають спеціальну підготовку і обладнання. Спроби зробити роботу за них можуть коштувати життя, і не лише вашого. Ваша справа – якнайшвидше повідомити рятувальників про небезпечну ситуацію чи свої підозри і дотримуватися їхніх інструкцій.

Під час прогулянок в лісі або в туристичному поході:

Категорично заборонено ходити в ліс або туристичний похід там, де проходили або проходять бойові дії, перебували або перебувають військові, проходить лінія розмежування і сіра зона !!!

У випадку якщо ви все ж опинилися в лісі, де є потенційна можливість знаходження мін чи вибухонебезпечних засобів слід дотримуватись наступного:

1. Ретельно вибирати місце для багаття. Воно повинно бути на достатній відстані від траншей і окопів, що залишилися з війни;
2. Користуватися старими багаттями не завжди безпечно, адже там також можуть бути вибухові пристрої;
3. У жодному разі не підходити до знайдених багать, що горять (особливо вночі). У такому багатті може виявитися вибухонебезпечний предмет.

Практично всі вибухові речовини чутливі до механічних дій і нагрівання.

СЛІД ПАМ'ЯТАТИ, що розмінуванням, знешкодженням або знищенням вибухонебезпечних предметів займаються тільки підготовлені фахівці-сапери, допущені до цього виду робіт.

Однією з серйозних загроз сучасного суспільства є тероризм. Під час терористичних актів часто використовують саморобні, нестандартні пристрої, які складно виявити, знешкодити або ліквідувати. Їх часто поміщають у звичайні портфелі, сумки, банки, пакунки і потім залишають у багатолюдних місцях.

Тому залишені без догляду предмети в транспорті, кінотеатрі, магазині, на вокзалі тощо, вимагають особливої уваги.

Є декілька ознак, що дозволяють припустити, що маємо справу з вибуховим пристроєм:

- припарковані біля будівель автомашини, власник яких невідомий або державні номери якої не знайомі мешканцям, а також коли автомобіль давно непорушно припаркований;
- наявність у знайденому механізмі антени або приєднаних до нього дротів;
- звуки, що лунають від предмету (цокання годинника, сигнали через певний проміжок часу), мигтіння індикаторної лампочки;
- наявність джерел живлення на механізмі або поряд з ним (батареї, акумулятори тощо);
- наявність розтяжки дротів або дротів, що тягнуться від механізму на велику відстань.

Якщо знайдений предмет видається підозрілим, потрібно повідомити про нього працівників поліції чи Державну службу з надзвичайних ситуацій.

Якщо знайдено забуту річ у громадському транспорті, доречно запитати людей, які знаходяться поряд. Бажано встановити, кому річ належить або хто міг її залишити. Якщо господаря встановити не вдається, потрібно негайно повідомити про знахідку водія (кондуктора).

У разі знаходження підозрілого предмета у під'їзді будинку, потрібно запитати сусідів, можливо, він належить їм. У разі неможливості встановити власника — негайно повідомити про знахідку до найближчого відділення підрозділу Державної служби з надзвичайних ситуацій за телефоном «101».

Якщо підозрілий предмет знайдено в установі, потрібно негайно повідомити про знахідку адміністрації.

У разі знаходженні вибухонебезпечного пристрою слід послідовно виконати наступні дії:

1. Зупинитися, заспокоїтись, озирнутися, попередити інших.
2. Розвернутися на 180 градусів і відійти звичайним кроком якнайдалі, але не менше, ніж на 100 метрів.
3. Провести маркування і повідомити за телефоном 101: слід вказати хто Ви, місце знаходження небезпечного предмету та описати його.

ПРАВИЛА МАРКУВАННЯ: проводити тільки на небезпечному місці; увіткнути вертикально будь-який предмет або скласти в піраміду, наприклад, гілки, і пов'язати шматок матерії, бажано, червоного кольору.

Заборонено:

1. Підходити до небезпечного предмету, торкатися, пересувати його, допускати до знахідки інших людей;
2. Кидати в нього будь-що, викопувати та висмикувати його.
3. Проводити будь-які види робіт в районі виявлення вибухонебезпечного предмету.
4. Користуватися засобами радіозв'язку, мобільними телефонами (вони можуть спровокувати вибух) у безпосередній близькості біля небезпечного предмету.

У випадку, коли в будинку знайдено вибуховий пристрій та здійснюється евакуація:

1. Надягніть одяг з довгими рукавами, щільні брюки і взуття на товстій підошві (це може захистити від осколків скла);
2. Візьміть документи (паспорт, свідоцтво про народження дітей тощо), гроші;
3. Під час евакуації слідуйте маршрутом, вказаним органами, що проводять евакуацію. Не намагайтеся скоротити шлях, тому що деякі райони або зони можуть бути закриті для пересування;
4. Тримайтеся подалі від обірваних ліній енергопостачання.

Якщо будинок (квартира) опинилися поблизу епіцентру вибуху:

1. Обережно обійдіть усі приміщення, щоб перевірити чи немає витоків води, газу, спалахів і т. п. У темряві в жодному випадку не запалюйте сірника або свічки – користуйтеся ліхтариком;
2. негайно вимкніть усі електроприлади, перекрийте газ, воду;
3. З безпечного місця зателефонуйте рідним та близьким і стисло повідомте про своє місцезнаходження, самопочуття;
4. Перевірте, чи потребують допомоги сусіди.

Опинившись поблизу вибуху, стримайте свою цікавість і не намагайтеся наблизитись до епіцентру, щоб розгледіти або допомогти рятівникам. Найкраще, що можна зробити – залишити небезпечне місце. До того ж, варто знати, що зловмисники часто встановлюють вибухові пристрої парами, щоб через деякий час після першого вибуху, пролунав другий. Зловмисники розраховують на те, що після першого вибуху на його місці зберуться люди, у тому числі й представники силових структур, і при повторному вибуху жертв буде набагато більше.

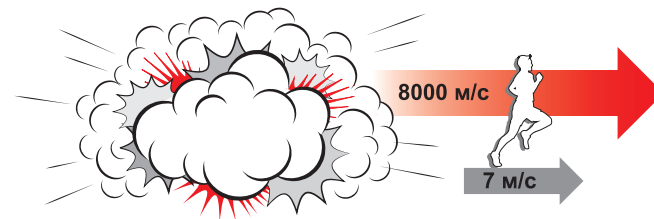
Отже:

1. Не слід робити самостійно жодних маніпуляцій зі знахідками або підозрілими предметами, що можуть виявитися вибуховими пристроями;
2. Виявивши річ без господаря, треба звернутися до працівника поліції або іншого посадовця, не можна торкатися знахідки;
3. Не користуйтеся мобільним та радіозв'язком поблизу підозрілої знахідки.

МЕХАНІЗМ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ

Міни та вибухові пристрої можуть завдати тяжких травм, які приводять до постійної інвалідності. Часто міни є причиною ампутації кінцівок.

Механізм мінно-вибухової травми добре відомий. Як зазначалось вище, міни та більшість вибухових пристроїв серійного виробництва складаються з вибухової речовини та металевої оболонки. Під час детонації (активації) вибухової речовини металева оболонка розривається – формується багато дрібних металевих уламків (осколків). Уламки та безпосередньо вибух можуть травмувати людину. Виділяють 4 види травмуючих факторів.



Мал. 3

1. **Первинна дія.** На початку вибуху на організм діє ударна хвиля. Фактично на людину насувається «стіна повітря» з швидкістю 8 000 м/с, для порівняння швидкість людини 7 м/с, швидкість ураганного вітру 40 м/с (мал. 3).

Чим більша кількість вибухівки та чим ближче знаходиться людина тим тяжчою буде травма. Результатом дії можуть бути масивні травми внутрішніх органів, переломи кісток, травматичні ампутації, розчавлення м'яких тканин.



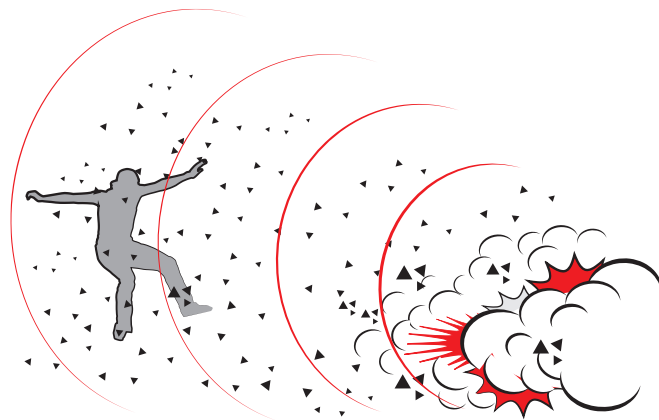
Мал. 3

2. Вторинна дія. Осколкові поранення. Після вибуху формуються осколки, які на великій швидкості розлітаються у різні боки та наносять поранення.

Слід пам'ятати, що під час вибуху прискорення також можуть зазнавати предмети, які знаходяться навколо – частинки розбитого скла, ґрунт або каміння.

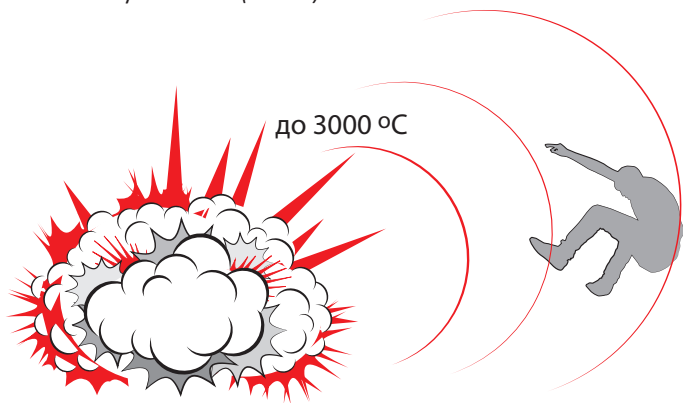
Осколки, зазвичай, неправильної форми, тому рани мають рваний характер. Локалізація ран та їх тяжкість залежить від того, на якій відстані знаходиться людина від епіцентру вибуху (мал. 3).

3. Третинна дія. Зіткнення людини з іншими предметами, падіння. Вибухова хвиля, яка формується під час вибуху може збивати людей з ніг, відкидати їх на довколишні об'єкти, піднімати в повітря різні предмети з навколишнього середовища, які падають та травмують людину (мал. 4).



Мал. 4

- 4. Четвертинна дія.** Під час вибуху формується вогняна куля, температура якої може досягати 3000 °С. Вона може викликати опіки у людини (найчастіше це відкриті частини тіла – обличчя, кисті рук), а на місцевості можуть виникнути пожежі (мал. 5).



Мал. 5

Також під час вибуху утворюються шкідливі продукти горіння та токсичні гази – вони негативно впливають на наш організм, при їхньому вдиханні пошкоджуються верхні дихальні шляхи та легені. Це може викликати порушення дихання.

Від вторинної та третинної дії вибуху може захистити нерухома конструкція (дерево, стовп, стіна, тощо) – якщо це можливо, слід за неї заховатись.

Якщо виникають пожежі чи є небезпека обрушення будівлі – слід негайно покинути це місце.

ПЕРЕВІРТЕ СВОЇ ЗНАННЯ

(у кожному запитанні тільки одна правильна відповідь)

1. Які види вибухових пристроїв розрізняють?

- серійного виробництва та саморобні вибухові пристрої.
- серійного виробництва – запатентовані та серійного виробництва – незапатентовані.
- великі, середні, маленькі.

2. Травми при вторинній дії мінно-вибухової травми пов'язані з:

- дією осколків.
- падінням на інші предмети.
- дією полум'ям.

3. Скільки різних дій виділяють при в механізмі мінно-вибухової травми?

- 2.
- 4.
- 3.

4. Що є найкращим лікуванням травм?

- профілактика.
- вчасна домедичну допомога.
- швидке сповіщення служб порятунку.

5. Рани внаслідок осколкових поранень часто мають рваний характер.

- так.
- ні.

АЛГОРИТМ ПОВЕДІНКИ НА МІСЦІ ПОДІЇ ПІСЛЯ ВИБУХУ



ПОВЕДІНКА НА МІСЦІ ПОДІЇ ПІСЛЯ ВИБУХУ

Перше: якщо є можливість, слід сховатися за дерево, стовп тощо.

Друге: слід заспокоїтися та оглянути себе на випадок пошкодження. Якщо у Вас є травми – надати самодопомогу. У випадку, якщо Ви не один, слід оцінити стан того, хто поряд та, за необхідності, надати допомогу.

Третє: якщо місце небезпечне (пошкоджені будівлі, пожежа), слід негайно його залишити, якщо місцевість відкрита, слід повертатись по своїх попередніх слідах.

Четверте: одразу після залишення небезпечної зони, за можливості, слід зателефонувати до служб порятунку (від зони вибуху необхідно відійти щонайменше на 10 метрів – сигнал мобільного телефону може спровокувати детонацію іншого вибухового пристрою), чітко відповідати на запитання диспетчера та дотримуватись його вказівок.



**ПАМ'ЯТАЙТЕ – ДЛЯ ТРАВМОВАНОГО
КОЖНА СЕКУНДА ВАЖЛИВА!**

АЛГОРИТМ ОГЛЯДУ ПОРАНЕНОГО

У постраждалих усі травми та стани умовно можна поділити на дві категорії:

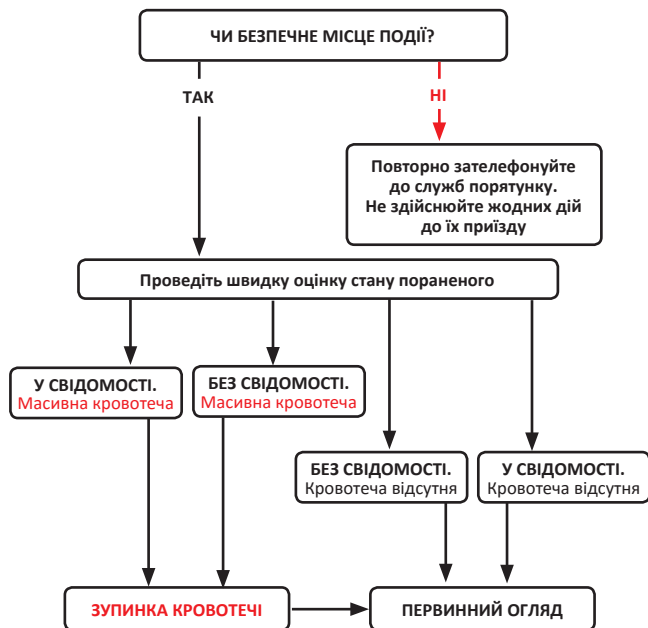
- **критичні** (загрожують життю);
- **некритичні**

До критичних станів, які виникають при мінно-вибуховій травмі та які можна усунути шляхом надання домедичної допомоги, належать:

- **масивна кровотеча**
- **порушення прохідності дихальних шляхів.**

Їх необхідно швидко виявити. З цією метою використовують швидку оцінку стану та первинний огляд постраждалого.

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ ШВИДКОЇ ОЦІНКИ СТАНУ ПОРАНЕНОГО



ШВИДКА ОЦІНКА СТАНУ ПОРАНЕНОГО

Перше: пам'ятайте про власну безпеку. Обстежуйте постраждалого та надавайте йому допомогу тільки у тому випадку, коли немає явної загрози. Оцініть ситуацію, зверніть увагу на підозрілі предмети довкола.

Друге: проведіть візуальний огляд постраждалого та місця навколо нього. Зверніть увагу на наявність кровотечі, видимі пошкодження, положення та поведінку постраждалого. Про масивну кровотечу може свідчити струмінь крові, який пульсує або червона пляма біля постраждалого, яка швидко збільшується.

Третє: встановіть з постраждалим контакт – задайте запитання. Якщо Ви отримаєте відповідь – постраждалий у свідомості, дихальні шляхи прохідні, дихання присутнє. Якщо відповіді не має – свідомість та дихання можуть бути порушені.

У випадку, якщо при швидкій оцінці було виявлено зовнішню масивну кровотечу, слід її швидко зупинити, використовуючи один з методів, описаних нижче.

У випадку, якщо кровотеча відсутня або була зупинена, слід перейти до первинного огляду постраждалого.

**Пам'ятайте – власна безпека є пріоритетом.
Якщо Ви отримаєте травму – не зможете допомогти іншому!**

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ПОРАНЕНОГО



ПЕРВИННИЙ ОГЛЯД ПОРАНЕНОГО

- Перше:** повторно впевніться у відсутності небезпеки.
- Друге:** повторно оцініть відсутність зовнішньої масивної кровотечі, у випадку її наявності негайно зупиніть (див. нижче).
- Третє:** оцініть та забезпечте прохідність дихальних шляхів. З цією метою застосуйте один з методів, наприклад висування нижньої щелепи.
- Четверте:** оцініть дихання у постраждалого методом «ЧУТИ, БАЧИТИ, ВІДЧУВАТИ». Пам'ятайте, що у нормі частота дихання складає 18-20 у хвилину.

П'яте: ще раз упевніться у відсутності кровотечі в постраждалого. Для цього огляньте вже відомі рани на предмет наявності/відновлення кровотечі та впевніться у відсутності інших джерел кровотечі. При наявності будь-якої кровотечі негайно її зупиніть.

Зверніть увагу на ознаки, які можуть свідчити про наявність у постраждалого шоку. Основні ознаки шоку: слабкість, запаморочення, бліда, волога, холодна шкіра, втрата свідомості. Пам'ятайте, шок може викликати як зовнішня так і внутрішня кровотеча.

Шосте: після проведення первинного огляду постраждалого та усунення загрозливих для життя станів, слід постійно спостерігати за його станом до приїзду бригади ЕМД.

Якщо бригада ЕМД ще не прибула, проведіть вторинний огляд (див. розділ 4).

Описана вище послідовність добре відома у провідних країнах світу та є загально визнаною, її описує акронім АВС: А – прохідність дихальних шляхів, В – дихання, С – кровотеча (немасивна з інших ран).



КРОВТЕЧА – ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ

Розрізняють два види кровотечі: **внутрішня та зовнішня.**

Внутрішня кровотеча виникає при пошкодженні внутрішніх органів грудної і/або черевної порожнини. Візуально її визначити неможливо. Про наявність внутрішньої кровотечі може свідчити наявність шоку. Його ознаками є: загальна слабкість, запаморочення, втрата свідомості, бліда, холодна, волога шкіра, часте дихання. При наявності цих ознак, постраждалого необхідно максимально швидко госпіталізувати.

Зовнішня кровотеча – це кровотеча з рани. Виділяють зовнішню кровотечу трьох типів: капілярна, венозна, артеріальна.

Важливо виявити масивну кровотечу.

У більшості випадків масивна кровотеча виникає при пошкодженні артерій на руках та ногах. По цих судинах кров тече дуже швидко – до 50 см/сек. Тому при їхньому пошкодженні кров буде витікати швидко, фонтануючи. Часто рана прикрита одягом і її не видно, тоді про масивну кровотечу буде свідчити пляма крові, яка швидко збільшується на очах та одяг, який рясно просочений кров'ю. **При масивній кровотечі протягом 2-3 хвилин втрачається критична кількість крові.**



Венозна кровотеча виникає під час пошкодження вен – судин, по яких кров тече від клітин до серця. Швидкість руху крові по ним значно менша ніж в артеріях та складає до 15 см/сек. Як правило такі кровотечі виникають як на кінцівках, так і в інших частинах тіла. Її зовнішній вигляд можна охарактеризувати як – кров що витікає з рани.

Капілярна кровотеча виникає при пошкодженні капілярів, які є найменшими судинами в організмі людини. Кров витікає краплями. Зазвичай така кровотеча зупиняється самостійно та не є небезпечною для людини.

Для людини є небезпечною швидка втрата крові у кількості 35% та більше від її загального об'єму. Загальний об'єм крові складає 7% маси тіла (кількість крові (л) = 7% маси тіла). Використовуючи цю формулу, кожен може швидко визначити об'єм крові в тілі.

Наприклад, у особи вагою 70 кг об'єм крові складатиме:

$$70 \times 7 / 100 = 4,9 \text{ л} (\approx 5 \text{ л})$$

Критичною втратою буде: $5 \times 35 / 100 = 1,8 \text{ л}$ крові.

Надзвичайно важливо вміти швидко розпізнати масивну кровотечу та правильно вибрати ефективний метод її зупинки.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ ЗУПИНКА МАСИВНОЇ КРОВОТЕЧІ



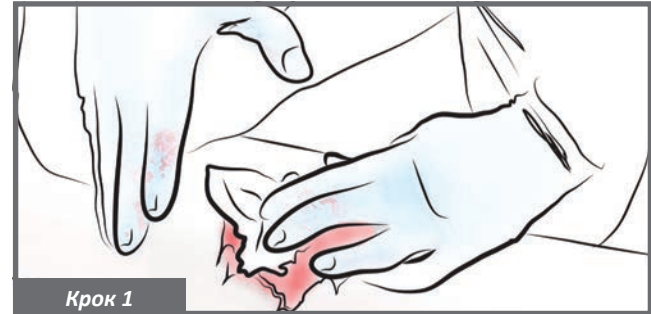
Важливо при зупинці кровотечі використовувати рукавички. Ви повинні пам'ятати, що деякі небезпечні інфекційні хвороби можуть передаватися через кров, наприклад гепатит С. Тому завжди, якщо є можливість, використовуйте рукавички. При потрапленні крові на шкіру треба негайно її змити, шкіру обробити антисептиком та обов'язково повідомити про це лікаря.

Притиснення рани – це найпростіший метод тимчасової зупинки кровотечі.

Необхідно здійснювати прямий тиск на рану руками.

Якщо постраждалий у свідомості і, якщо це можливо, слід його попросити притиснути рану. За рахунок притиснення рани значно зменшується швидкість крововтрати.

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ ПРИТИСНЕННЯ РАНИ



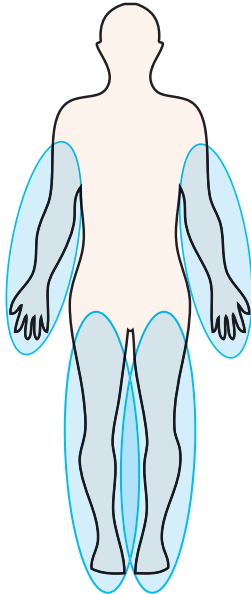
Багато спочатку на рану накласти бинт чи шматок марлі. Або, навіть, шматок одягу, якщо нічого іншого немає. Після цього слід притиснути рану руками.

Якщо після притиснення рани кровотеча зупинилась, а бригада ЕМД приїде за декілька хвилин – цим методом можна обмежитися. Цей метод можна застосовувати при локалізації рани в будь-якому місці, окрім голови.

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З РАН КІНЦІВОК ЗА ДОПОМОГОЮ ДЖГУТА

За допомогою джгута можна зупинити кровотечу з ран, що розміщені на руках та ногах.

На кінцівках судини проходять біля кісток. Накладаючи джгут, Ви створюєте тиск, за допомогою якого судина притискається до кістки. При накладанні джгута припиняється кровопостачання усіх тканин, які розміщені нижче. Під час накладання джгута виникає біль – це не є помилкою.



ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

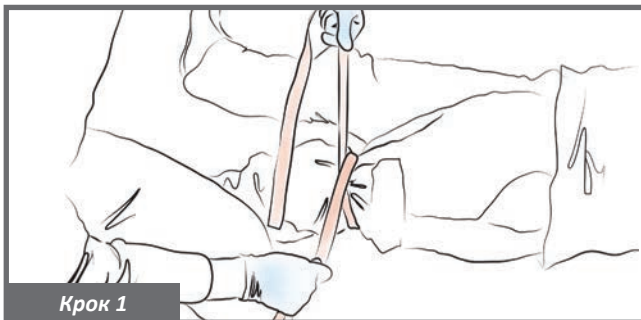
ОСНОВНІ ПРАВИЛА НАКЛАДАННЯ ДЖГУТА:

- накладайте джгут тільки при масивній кровотечі;
- не потрібно знімати чи розрізати одяг при накладанні джгута – накладайте джгут зверху на одяг, однак упевніться, що він буде вище рани. Не гайте час, пам'ятате про швидкість витікання крові;
- накладаючи джгут, здійснюйте максимальний тиск до повної зупинки кровотечі з рани;
- для повної зупинки кровотечі може знадобитися декілька джгутів;
- за можливості джгут має бути накладений на 5-6 см вище рани;
- якщо Ви не бачите джерела кровотечі (рану), слід накладати джгут максимально високо на кінцівку;
- не можна накладати джгут на коліно та лікоть – там він буде неефективним, судини сховані між кістками;
- не накладай джгут на місця кишень, якщо там є речі – вони будуть зменшувати тиск джгута та не дадуть повністю стиснути судини;
- якщо у Вас є аптечка, джгут повинен знаходитися у самому доступному місці;
- не накривайте джгут одягом або іншими речами;
- обов'язково слід записати час накладання джгута;
- після приїзду бригади ЕМД обов'язково покажіть медичним працівникам місце накладання джгута.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ДЖГУТА ТИПУ ЕСМАРХ



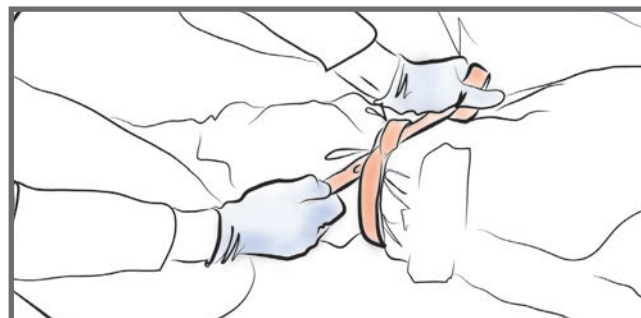
Максимально розтягніть джгут та першим циркулярним туром повністю огорніть кінцівку. Здійснюйте при цьому максимальний тиск.

Повністю огортайте джгут навколо кінцівки. Не зменшуйте тиск джгута при накладанні його на кінцівку.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ДЖГУТА ТИПУ ЕСМАРХ



Надійно зафіксуйте джгут, це можна зробити шляхом простого зав'язування його кінців.

Запишіть час накладання джгута – це можна зробити безпосередньо на джгуті, на папері, який слід підкласти під джгут. Важливо, щоб час накладання джгута було добре видно. Вважається, що безпечний час перебування джгута на кінцівках складає не більше двох годин.

На верхні і на нижні кінцівки джгут накладається однаково.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ДЖГУТА ТИПУ CAT



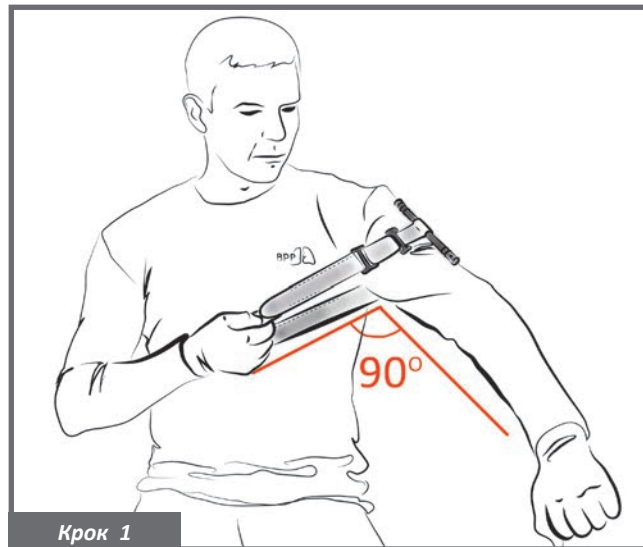
Цей джгут був розроблений для надання допомоги військовим (CAT – combat application tourniquet). Враховуючи його ефективність та надійність, зараз він усе частіше використовується під час надання допомоги в цивільних умовах. Наразі вже розроблений джгут CAT сьомого покоління. Важливим є те, що за допомогою джгута типу CAT можна швидко зупинити кровотечу як при наданні допомоги іншій особі, так і собі.

На малюнку зображено джгут типу CAT. Його конструкція передбачає наявність спеціального воротка, за допомогою якого можна здійснювати дозований тиск для перетискання судин.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ДЖГУТА ТИПУ CAT



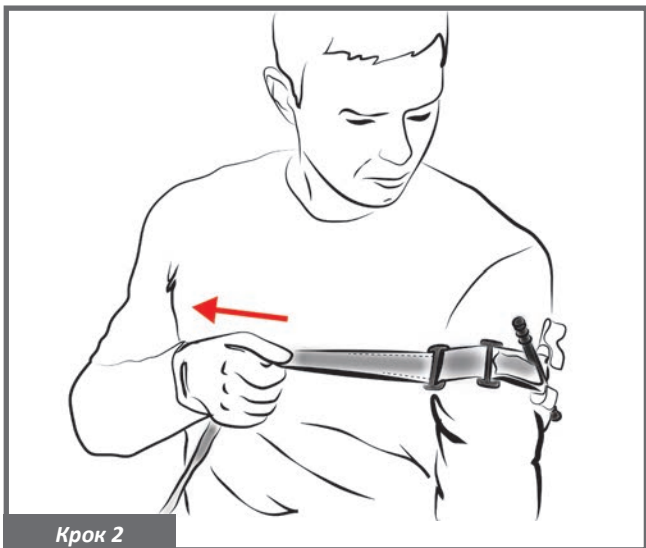
Заведіть поранену руку в петлю CAT. Розташуйте петлю на 5-7 см вище рани, якщо Ви бачите рану. Якщо рани не видно, накладіть джгут на поранену кінцівку максимально високо.

Важливо, щоб петля джгута була розміщена під кутом 90 градусів до осі кінцівки.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ДЖГУТА ТИПУ CAT



Крок 2

Максимально затягніть пасок джгута на кінцівці та зафіксуйте липчку до тримачів.

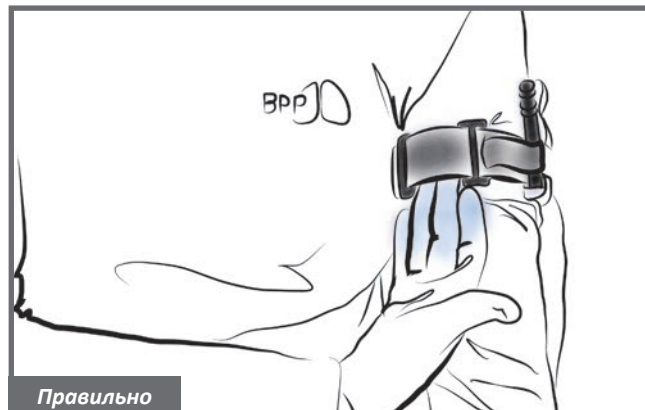
Джгут повинен бути затягнутий на стільки, щоб не було можливості провести кінці трьох пальців між паском та рукою.

Якщо кінці пальців вільно проходять під паском, повторно затягніть джгут та зафіксуйте липчку.

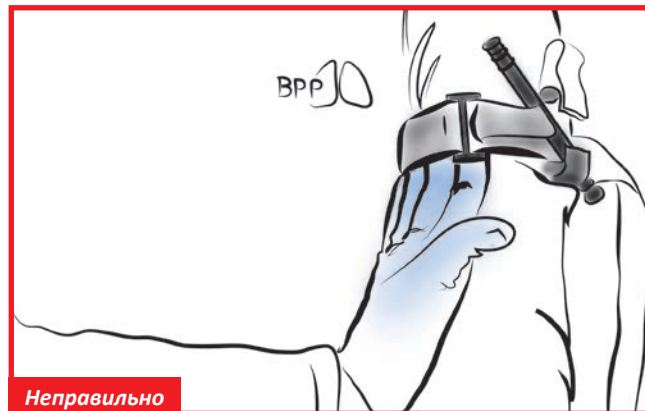


ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ДЖГУТА ТИПУ CAT



Правильно

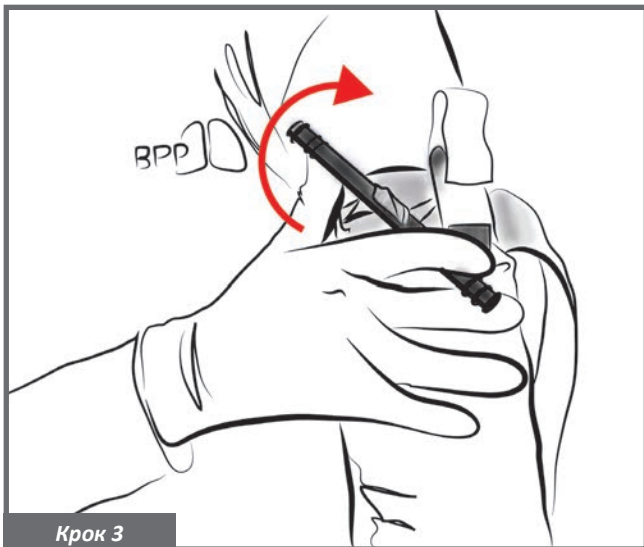


Неправильно



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ДЖГУТА ТИПУ САТ



Крок 3

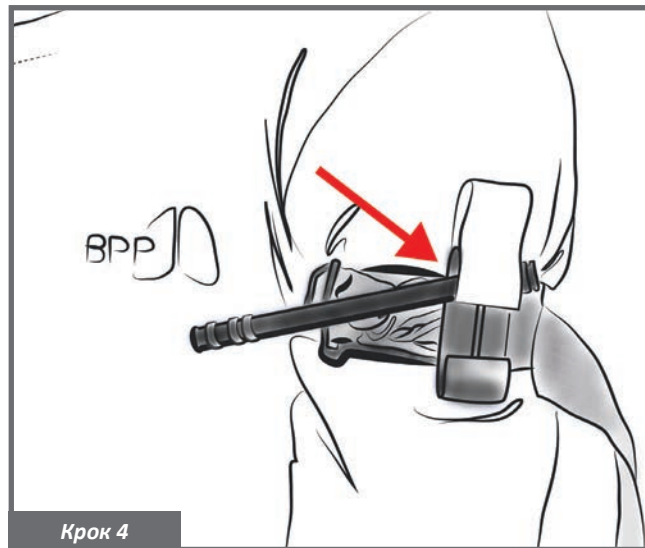
**Закручуйте вороток до повної зупинки кровотечі.
Зазвичай необхідно виконати 2-3 повні оберти.**

Вороток слід закручувати за годинниковою стрілкою.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ДЖГУТА ТИПУ САТ



Крок 4

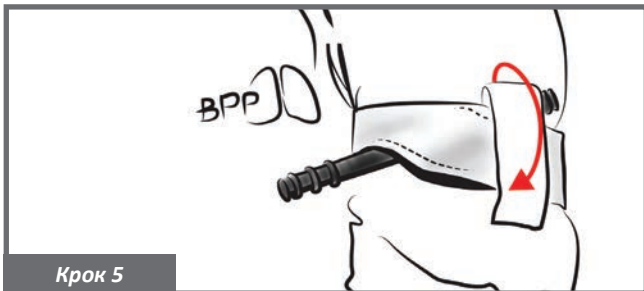
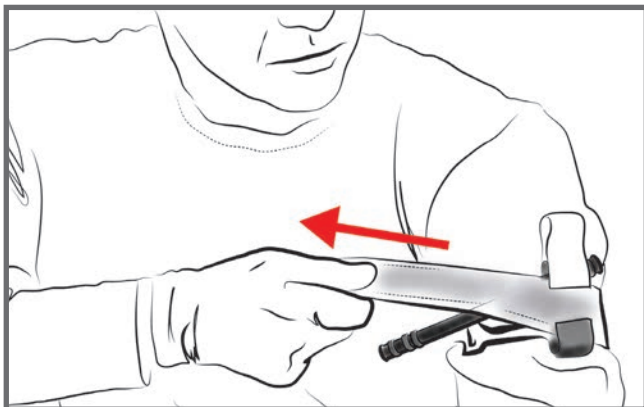
**Заведіть вороток у тримачі з метою його фіксації.
Перевірте наявність кровотечі та дистальний пульс.**

Якщо кровотеча триває або присутній дистальний пульс, – здійсніть додаткове закручування воротка або накладіть ще один джгут вище та поряд з першим. Оцініть ефективність його накладання як вказано вище.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ДЖГУТА ТИПУ CAT



Крок 5

Проведіть стрічку через спеціальні тримачі.

Зафіксуйте стрічку за допомогою додаткової липучки – це попередить випадкове ослаблення тиску джгута та відновлення кровотечі.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ДЖГУТА ТИПУ CAT

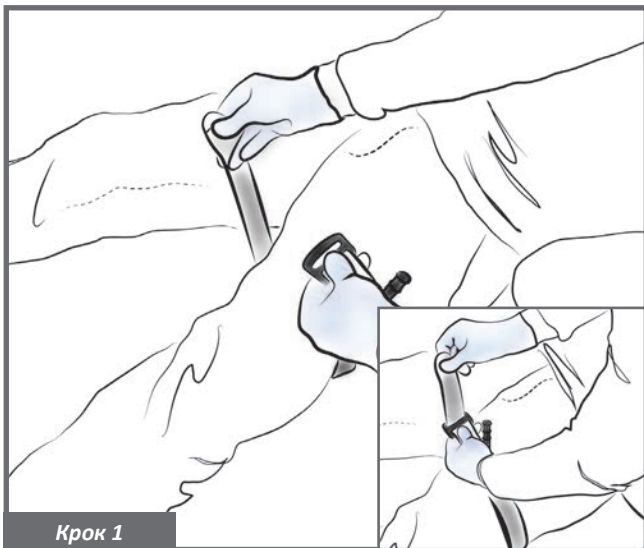


Крок 6

Запишіть час накладання джгута.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ НАКЛАДАННЯ ДВОМА РУКАМИ ДЖГУТА ТИПУ САТ



Крок 1

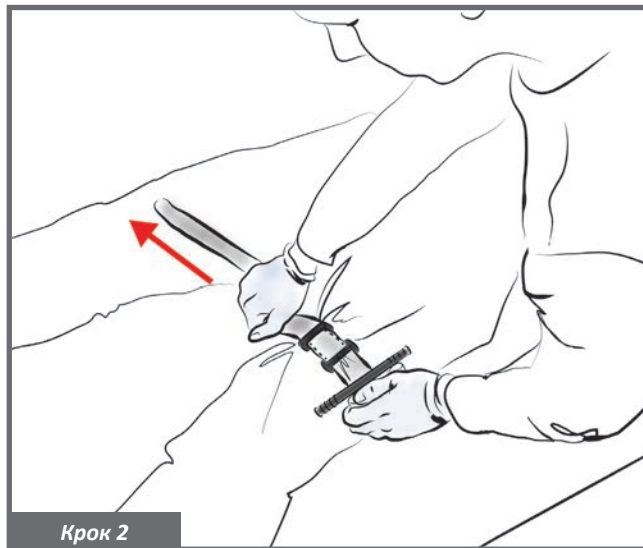
Розташуйте джгут вище рани на 5-7 см.

Якщо джерело кровотечі не можливо ідентифікувати, джгут слід розмістити на кінцівці максимально високо.

Проведіть кінець паска через отвір пряжки джгута.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ НАКЛАДАННЯ ДВОМА РУКАМИ ДЖГУТА ТИПУ САТ



Крок 2

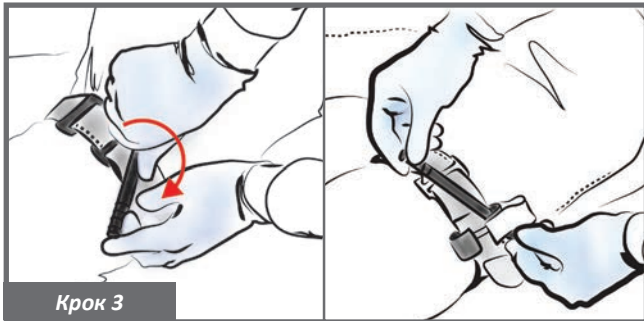
Максимально затягніть пасок джгута на кінцівці.

Пасок джгута повинен бути затягнутий на стільки, щоб не було можливості провести кінці трьох пальців між паском та рукою.

Якщо кінці пальців вільно проходять під паском, повторно затягніть джгут та зафіксуйте липучку на всю довжину.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ НАКЛАДАННЯ ДВОМА РУКАМИ ДЖГУТА ТИПУ САТ



Крок 3

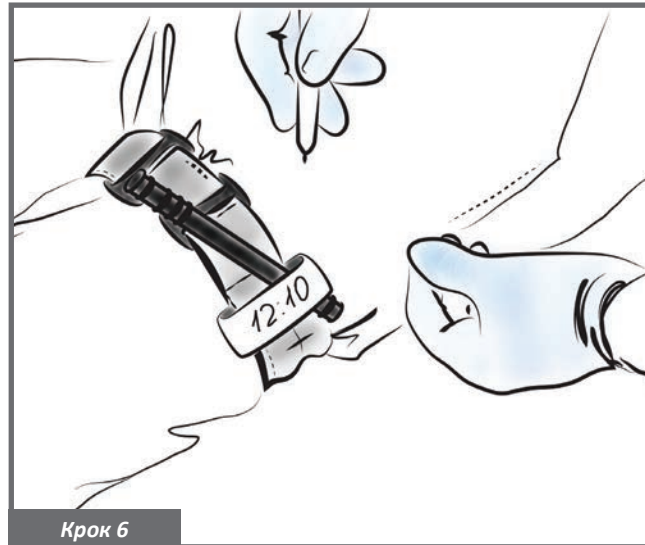
Закручуйте вороток, доки не зупиниться кровотеча.
Заведіть вороток у фіксатори джгута та зафіксуйте його липучкою.

Перевірте наявність кровотечі та дистальний пульс на пораненій кінцівці.

- !** **ЯКЩО КРОВОТЕЧА ТРИВАЄ**, або присутній дистальний пульс, виконайте додаткове закручування воротка або накладіть другий джгут поряд та вище першого.
Повторно оцініть його ефективність.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ НАКЛАДАННЯ ДВОМА РУКАМИ ДЖГУТА ТИПУ САТ



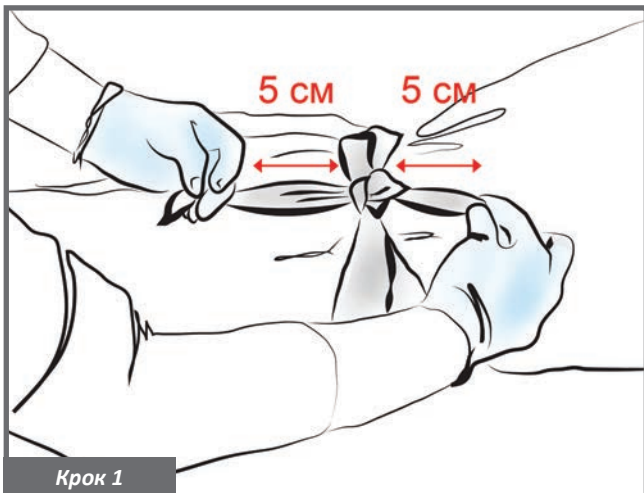
Крок 6

Запишіть час накладання джгута на фіксуючій липучці.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ІМПРОВІЗОВАНОГО ДЖГУТА



Крок 1

Нетуго зав'яжіть мотузку навколо кінцівки (на 5-6 см вище рани або максимально високо, якщо рану не видно).

Необхідно залишити кінці мотузки довжиною 5-6 см.

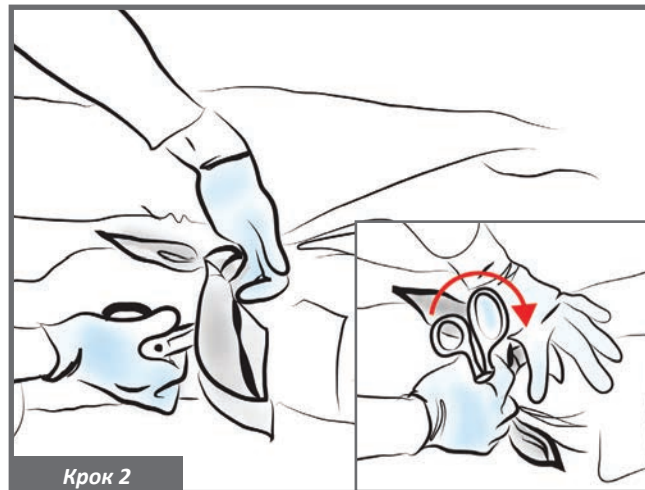
Цей спосіб слід використовувати за відсутності стандартного джгута. Для цього необхідно мати цупку тканину або ремінь, мотузку та будь-який продовгуватий предмет.

Цей спосіб менш надійний порівняно з використанням стандартних джгутів.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ІМПРОВІЗОВАНОГО ДЖГУТА



Крок 2

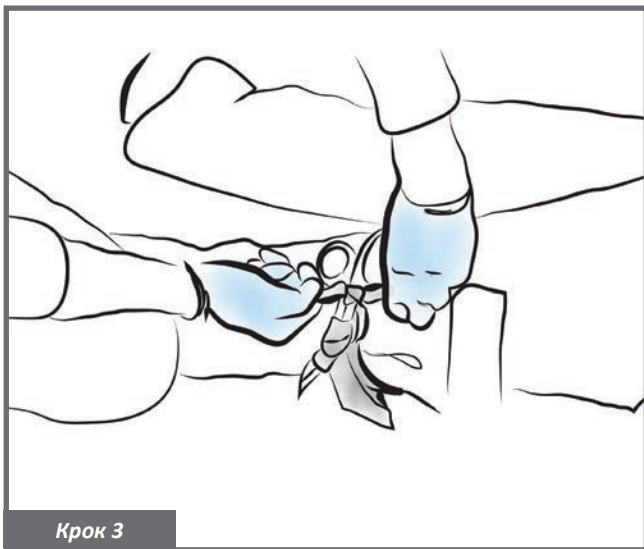
Розмістіть під мотузкою продовгуватий предмет.

Закручіть мотузку до повної зупинки кровотечі.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ ІМПРОВІЗОВАНОГО ДЖГУТА



Крок 3

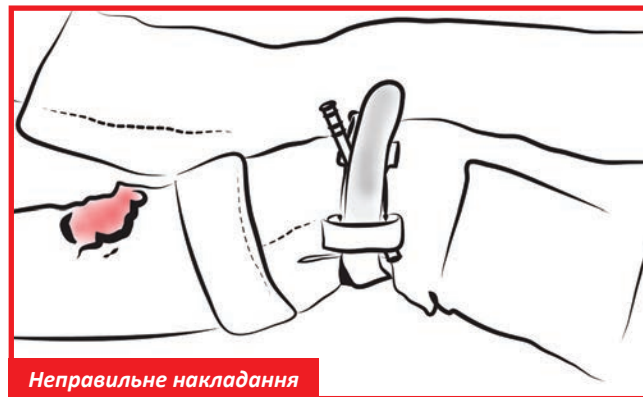
Після зупинки кровотечі зафіксуйте продовгуватий предмет кінцями мотузки.

Запишіть час накладання джгута.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ОСНОВНІ ПОМИЛКИ
ПІД ЧАС НАКЛАДАННЯ КРОВОСПИННИХ ДЖГУТІВ



ЗАПАМ'ЯТАЙТЕ!

Не можна накладати джгут в області суглобів!

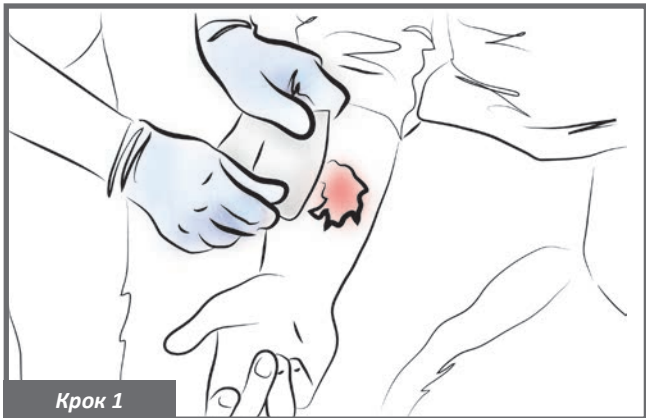
Найчастіше допускають наступні помилки при накладанні джгутів:

- не використовують, коли це необхідно;
- застосовують при незначній кровотечі;
- знімають перед приїздом бригади ЕМД або, коли час транспортування до лікарні дуже короткий;
- недостатньо міцно затягують;
- не використовують другий джгут, коли це необхідно;
- занадто довго чекають, перед накладанням джгуту;
- періодично послаблюють джгут для відновлення кровотоку в кінцівці.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З РАН КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ КОМПРЕСИЙНОЇ ПОВ'ЯЗКИ



Крок 1

Накладіть на рану чисту, стерильну серветку.

Цей метод допомагає зупини більшість венозних кровотеч. Для виконання цього способу необхідна наявність марлевої серветки, еластичний бинт та предмет, за допомогою якого можна посилити компресію (марлевий бинт, мобільний телефон тощо).



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З РАН КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ КОМПРЕСИЙНОЇ ПОВ'ЯЗКИ



Крок 2

Розмістіть зверху серветки предмет, який буде посилювати компресію.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З РАН КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ КОМПРЕСІЙНОЇ ПОВ'ЯЗКИ



Крок 3

Туго зафіксуйте предмет за допомогою еластичного бинта.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ

ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ З РАН КІНЦІВОК
ЗА ДОПОМОГОЮ КОМПРЕСІЙНОЇ ПОВ'ЯЗКИ



Крок 4

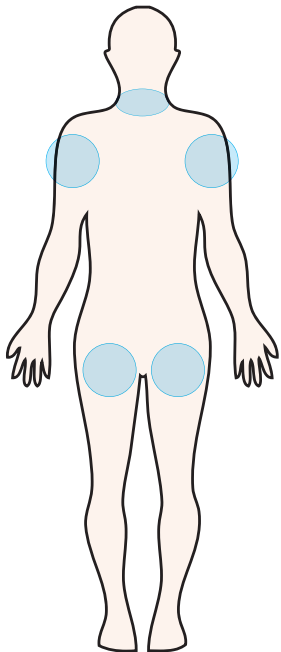
Зафіксуйте бинт.

Якщо після накладання компресійної пов'язки кровотеча продовжується – слід накласти джгут як описано вище.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ ЗУПИНКА ВУЗЛОВИХ КРОВОТЕЧ

Термін **вузлова кровотеча** означає кровотечу з ран які розміщені у місцях прикріплення кінцівок та шиї до тулуба. В цих місцях дійсно йде розгалужування судин тому їх дійсно можна умовно порівняти з «транспортними вузлами кровоносних судин». Місця локалізації вузлових кровотеч показані на малюнку.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ ЗУПИНКА ВУЗЛОВИХ КРОВОТЕЧ

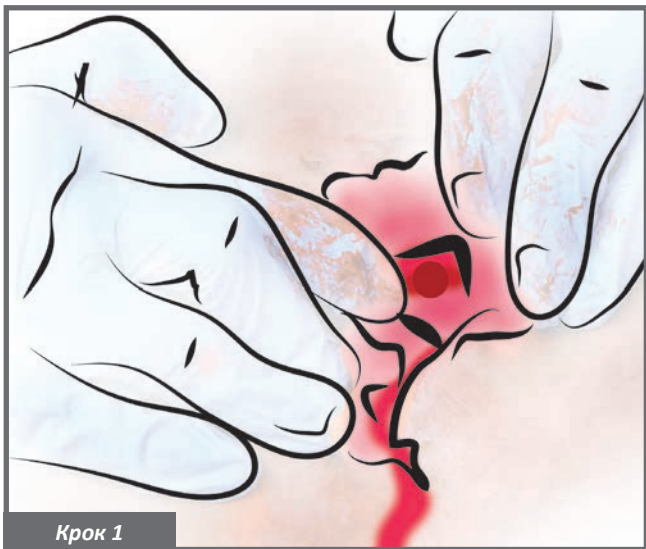


При мінно-вибуховій травмі вузлові кровотечі зустрічаються дуже часто. В цих місцях зупинка кровотечі за допомогою джгутів не буде ефективною. При вузловій кровотечі ефективним може бути притиснення рани (*див. стор. 29*) або туге тампонування рани.

Для тампонування рани можна використати марлевий відріз або гемостатичний засіб.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ ЗУПИНКА ВУЗЛОВИХ КРОВОТЕЧ

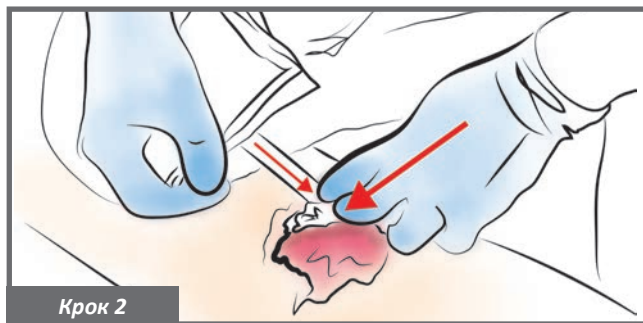


Крок 1

Огляньте рану та, якщо можливо, виявіть точне місце кровотечі.



ЗУПИНКА КРОВОТЕЧІ ЗУПИНКА ВУЗЛОВИХ КРОВОТЕЧ



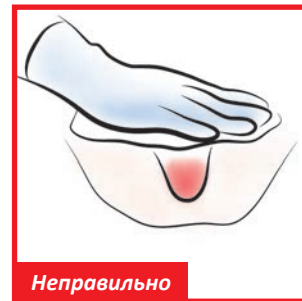
Крок 2

В напрямку виявленого місця кровотечі поступово вводьте марлю. При цьому потрібно здійснювати тиск.

Дотримуючись цього правила повністю туго затампонуйте рану.



Правильно



Неправильно



Здійсніть прями́й тиск на рану після її тампонування протягом 3 хвилин при використанні гемостатика та 10 хвилин при використанні звичайної марлі.

Обережно ослабте тиск на рану та огляньте марлю на випадок відновлення кровотечі. Якщо вона відновилась, поновіть тиск на рану та утримуйте його до приїзду бригади ЕМД.



Якщо кровотеча відсутня, накладіть на рану пов'язку.

До приїзду бригади ЕМД постійно спостерігайте за постраждалим на випадок відновлення кровотечі.



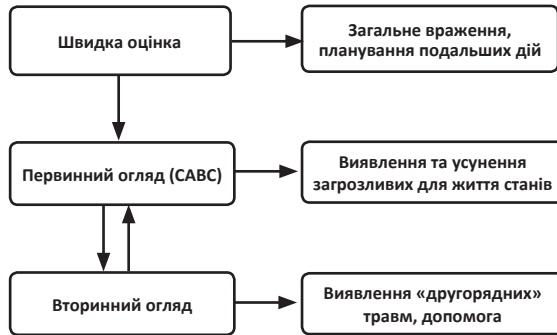
ПЕРЕВІРТЕ СВОЇ ЗНАННЯ

(у кожному запитанні тільки одна правильна відповідь)

- 1. Які види кровотеч розрізняють:**
 - а) зовнішня, внутрішня;
 - б) зовнішня, проміжна;
 - в) внутрішня, проміжна зовнішня.
- 2. Які ознаки правильно накладеного джгута:**
 - а) сильний біль;
 - б) повна зупинка кровотечі, відсутність периферичного пульсу на кінцівці;
 - в) зменшення інтенсивності кровотечі.
- 3. Що обов'язково необхідно зробити після тампонування рани:**
 - а) записати час тампонування рани;
 - б) здійснити прями́й тиск на рану;
 - в) накласти холод на рану.
- 4. Вузлові кровотечі це:**
 - а) кровотечі з ран кінцівок;
 - б) кровотечі з ран які розміщенні у місцях прикріплення кінцівок та шиї до тулуба;
 - в) кровотечі з ран голови.
- 5. Після накладання джгута ви визначили, що кровотеча не зупинена. Ваші дії:**
 - а) нічого;
 - б) накласти додатковий джгут поряд з першим;
 - в) підняти травмовану кінцівку максимально високо.

ПОНЯТТЯ ПРО ВТОРИННИЙ ОГЛЯД

Нагадаємо, що повний огляд постраждалого складається з наступних етапів: швидка оцінка, первинний огляд, вторинний огляд.



Проведення швидкої оцінки та первинний огляд розглянуто в попередніх розділах. Вторинний огляд проводиться тільки після усунення загрозливих для життя станів. Його суть заключається в тому, що постраждалого необхідно уважно оглянути з голови до ніг, виявити травми та надати допомогу.

Проводячи вторинний огляд необхідно поступово оглянути: голову, шию, грудну клітку, живіт, кінцівки, спину.

У випадку якщо стан постраждалого змінився, необхідно провести ще раз первинний огляд.

Розглянемо, які характерні травми можна виявити при вторинному огляді і яку допомогу необхідно надати.

ТРАВМА ГОЛОВИ ТА ОБЛИЧЧЯ

Слід розрізняти закриту та відкриту травми голови. **Ознаки травми голови:** 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, блювання, стійкий головний біль, втрата рівноваги, виділення крові та/або ліквору (прозора рідина) з ротової та/або носової порожнини та вуха.

При наданні допомоги особливу увагу слід звернути на підтримання прохідності дихальних шляхів та зупинку кровотечі з ран голови. До особливостей зупинки кровотечі з ран голови є наступне: не слід пробувати тампонувати рану та накладати компресійну пов'язку – при наявності перелому Ви можете вдавити кістку, що призведе до погіршення стану; на рану голови слід накласти просту пов'язку, використовуючи відомий Вам метод.

При травмах обличчя, особливо при важких, коли змінюється анатомічна структура, зупинити кровотечу важко. На обличчі також не слід використовувати тампонування рани та компресійні пов'язки. До приїзду бригади ЕМД слід забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів. Постраждалий з травмою обличчя буде намагатись зайняти вимушене положення у якому дихальні шляхи будуть відкритими та прохідними – це положення напівсидячи, нахилившись вперед (при положенні на спині кров та згустки можуть потрапляти до верхніх дихальних шляхів). Не слід йому цього забороняти.

! **Пам'ятайте,** що травми голови та обличчя часто поєднуються з травмою в шийному відділі хребта, тому при наданні допомоги, рухи в ділянці шийного відділу хребта постраждалого слід обмежити та звести до мінімуму.



Ознаки травми очей: наявність ран, погіршення зору, світлобоязнь, сльозотеча. При травмах ока не слід намагатись тампонувати рану, накладати бинтову пов'язку чи марлеві серветки безпосередньо на око. Це може призвести до погіршення стану аж до постійної втрати зору. Травмоване око слід захистити «щитком», який може бути стандартним, як на малюнку або імпровізованим (пластиковий стакан тощо). Після накладання щитка на травмоване око слід його зафіксувати та накласти бинтову пов'язку.

! **Пам'ятайте**, що бинтова пов'язка повинна накладатись на два ока одночасно – рух очей є синхронним та одночасним. При русі здорового ока буде рухатись і травмоване, це може призвести до його додаткового пошкодження.

Послідовність накладання пов'язки при травмах ока наступна:



Крок 1



Крок 2



Крок 3

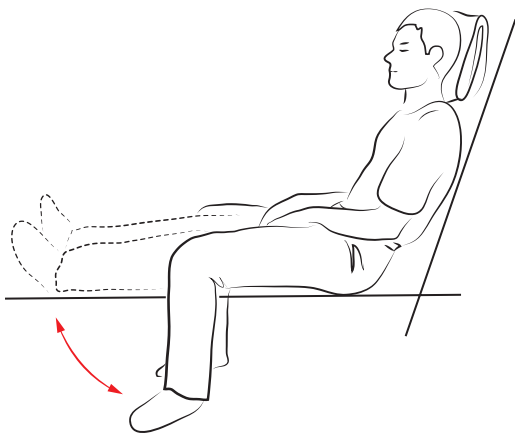
Накладіть на пошкоджене око захисний щиток.

Зафіксуйте щиток бинтовою пов'язкою.

Накладіть пов'язку також на здорове око.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАВМАХ РІЗНИХ ДІЛЯНОК ТІЛА

ТРАВМА ГРУДНОЇ КЛІТКИ



Травми грудної клітки часто призводять до порушення дихання.

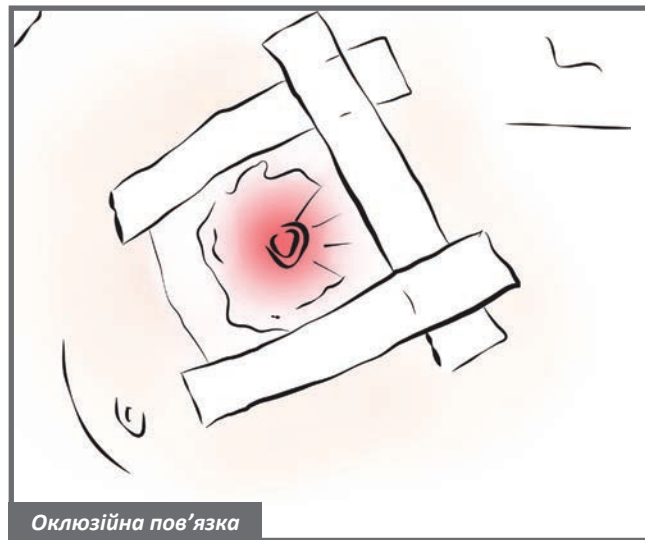
Ознаки відкритої травми: наявність рани, утруднене дихання, кровотеча з рани (кров може бути яскраво-червоною, пінистою), звук всмоктування повітря під час кожного вдиху, можливе кровохаркання.

Ознаки закритої травми грудної клітки: синці, відчуття крепітації при пальпації грудної клітки, утруднене дихання, можливе кровохаркання, часте дихання (більше 20 за хвилину), бліда, холодна або волога на дотик шкіра, нудота, блювання, відчуття спраги, порушення свідомості.

На догоспітальному етапі допомога повинна бути сконцентрована на підтриманні адекватного дихання. Для цього постраждалому слід надати напівсидяче положення або інше вимушене положення в якому постраждалий зможе адекватно дихати.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАВМАХ РІЗНИХ ДІЛЯНОК ТІЛА

ТРАВМА ГРУДНОЇ КЛІТКИ



Оклюзійна пов'язка

При відкритих пошкодженнях грудної клітки рекомендоване спостереження та надання вимушеного положення. У випадку якщо Ви пройшли навчання на рану грудної клітки можна накласти оклюзійну пов'язку (*див. мал.*). Після накладання пов'язки слід уважно спостерігати за загальним станом постраждалого, при його різкому погіршенні пов'язку необхідно зняти.

! Не слід накладати тугих пов'язок на грудну клітку та тампонувати рани.

Розрізняють проникаючу та закриту травму живота.

Ознаки проникаючої травми живота: наявність рани, біль в рані та в черевній порожнині, нудота, блювання, слабкість, відчуття тиску, «розпирання» в животі, наявність сторонніх предметів у рані (ніж, арматура та ін.), наявність в рані кишки чи сальника (евентерація) (*див. мал.*).

Ознаки закритої травми живота з можливою внутрішньою кровотечею: посиніння шкіри (утворення синця) на місці травми, відчуття хвилювання або неспокою, часте дихання, бліда, холодна або волога на дотик шкіра, нудота, блювання, відчуття спраги, втрата свідомості.

При закритій травмі живота постраждалому слід надати зручного положення та спостерігати за його станом до приїзду бригади ЕМД.

При відкритій травмі живота на рану слід накласти чисту, стерильну пов'язку та зафіксувати її за допомогою лейкопластиру. Не слід накладати компресійних пов'язок, тампонувати рану та пробувати вправляти вміст рани в черевну порожнину.



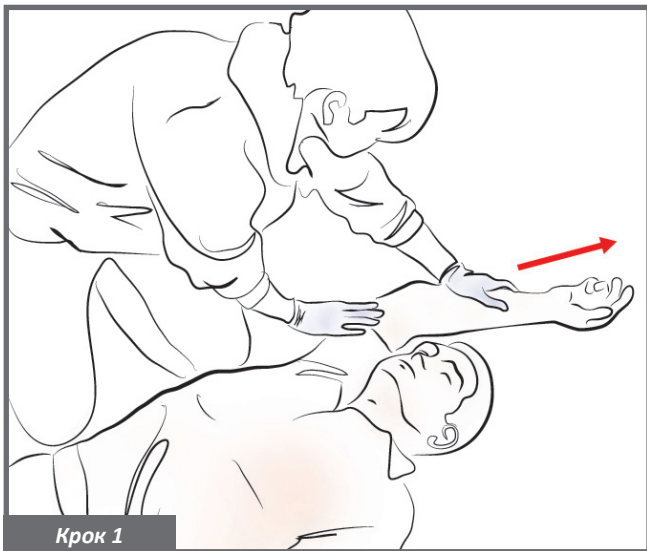
Евентерація

Гіпотермія – патологічний стан організму, при якому температура тіла падає нижче необхідної для підтримки нормального обміну речовин і функцій організму. Розвиток гіпотермії у постраждалих є небезпечним, оскільки це може призвести до відновлення чи посилення кровотечі, також гіпотермія сприяє розвитку системних змін, що відомі як поліорганна недостатність. Вважається, що гіпотермія розвивається у постраждалих навіть у випадку високої температури довкілля.



З метою попередження розвитку гіпотермії, постраждалого треба вкрити ковдрою чи спеціальним термопокривалом. Важливо щоб постраждалий не лежав на холодній мокрій поверхні.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ
ПРИ ТРАВМАХ РІЗНИХ ДІЛЯНОК ТІЛА
НАДАННЯ ПОСТРАЖДАЛОМУ СТАБІЛЬНОГО ПОЛОЖЕННЯ



Руку постраждалого, яка ближче до вас, розташуйте перпендикулярно до тулуба.

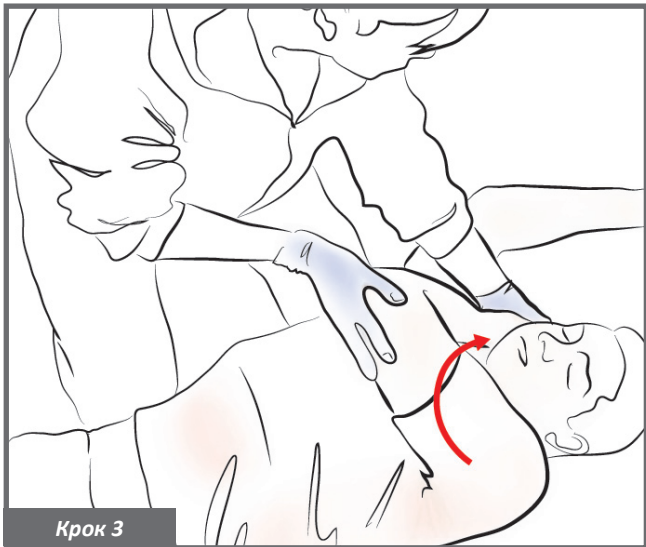
До приїзду бригади ЕМД, з метою забезпечення прохідності дихальних шляхів у постраждалого без свідомості, можна надати СТАБІЛЬНОГО ПОЛОЖЕННЯ.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ
ПРИ ТРАВМАХ РІЗНИХ ДІЛЯНОК ТІЛА
НАДАННЯ ПОСТРАЖДАЛОМУ СТАБІЛЬНОГО ПОЛОЖЕННЯ



Зігніть дальню від вас ногу постраждалого у колінному суглобі під прямим кутом.

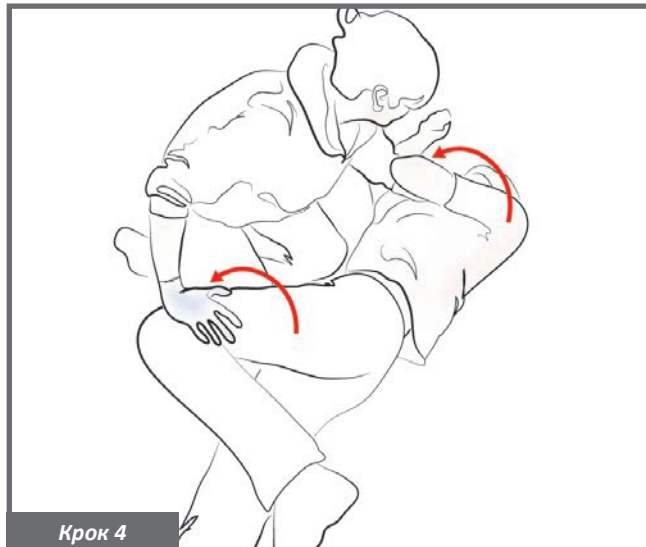
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ
ПРИ ТРАВМАХ РІЗНИХ ДІЛЯНОК ТІЛА
НАДАННЯ ПОСТРАЖДАЛОМУ СТАБІЛЬНОГО ПОЛОЖЕННЯ



Крок 3

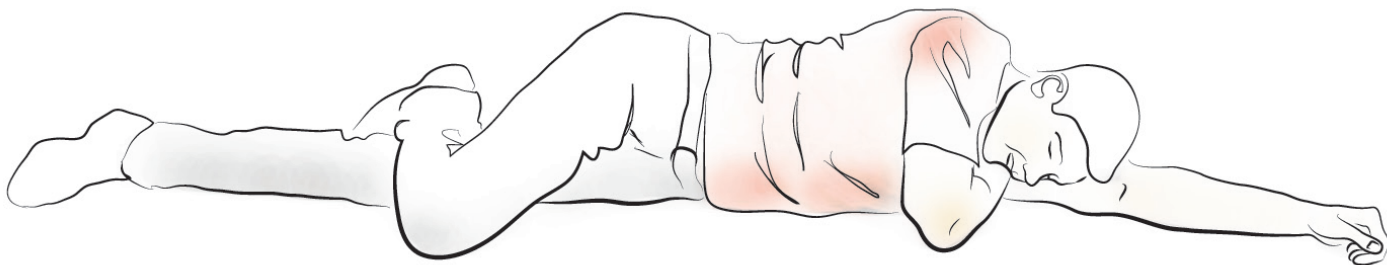
Дальню від вас руку зігніть у ліктьовому суглобі та заведіть тильний бік долоні під протилежну щоку постраждалого.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ
ПРИ ТРАВМАХ РІЗНИХ ДІЛЯНОК ТІЛА
НАДАННЯ ПОСТРАЖДАЛОМУ СТАБІЛЬНОГО ПОЛОЖЕННЯ



Крок 4

Притискуючи долоню постраждалого до щоки (фіксація голови та шиї), іншою рукою, за зігнуте коліно, поверніть постраждалого на бік, обличчям до себе.



Крок 5

У позиції на боці розмістіть зігнуту в коліні ногу постраждалого під прямим кутом до тулуба.

Слідкуйте за прохідністю дихальних шляхів постраждалого до приїзду бригади ЕМД.

ПЕРЕВІР СВОЇ ЗНАННЯ

(у кожному запитанні тільки одна правильна відповідь).

1. Коли проводиться вторинний огляд:

- а) перед первинним оглядом;
- б) такого поняття не існує;
- в) проводиться після первинного огляду та усунення загрозових для життя станів.

2. Чи необхідно накладати пов'язку на непошкоджене око:

- а) так;
- б) ні;
- в) залежить від тяжкості травми пошкодженого ока.

3. Гіпотермія розвивається у постраждалих навіть у випадку високої температури довкілля:

- а) так;
- б) ні.

4. У постраждалого рана в області грудної клітки. Ви наклали пов'язку, після чого стан постраждалого різко погіршився. Ваші дії:

- а) негайно зніму пов'язку;
- б) накладу ще одну поверх першої;
- в) нічого робити не потрібно.

5. Чи можна тампонувати рану в області голови з метою зупинки кровотечі:

- а) так;
- б) ні;
- в) тільки якщо рана знаходиться в області лоба.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Leibovici D, Gofrit ON, Stein M, et al*: Blast injuries: Bus versus open-air bombings – a comparative study of injuries in survivors of open-air versus confined-space explosions. *J Trauma* 41:1030 – 1035, 1996.
2. *Nixon RG, Stewart C*: When things go boom: Blast injuries. *Fire Engineering*, May 1, 2004. http://www.fireengineering.com/articles/article_display.html?id204602. Accessed April 15, 2008.
3. *Ritenour AE, Baskin, TW*. Primary blast injury: Update on diagnosis and treatment. *Critical Care Medicine*. Jul 2008;36(7) (suppl):S311-S317.
4. *Александров Л.Н.* О механизме воздействия на организм взрывной волны большой мощности / Л.Н.Александров, Е.А.Дыскин // Вестн. хирургии. – 1967. – Т. 99, №11. – С. 89-94.
5. *Шаповалов В.М.* Патогенез и принципы лечения взрывных повреждений / В.М.Шаповалов, А.И.Грицанов // Современные медицинские технологии и перспективы развития военной травматологии и ортопедии. СПб., 2000. – С. 3-4.
6. *Юрченко В.Д., Крилюк В.О., Гудима А.А. та інші.* Домедична допомога в умовах бойових дій/ Київ. – 2014. – 80 с.