



**ЭКСТРЕННАЯ**

**МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ**



**ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП - АЛГОРИТМЫ, МАНИПУЛЯЦИИ**



**(базовый уровень)**



# **ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ**

**Догоспитальный этап -  
алгоритмы, манипуляции**

**(базовы уровень)**

**Киев - 2012**

УДК: 616-083.98

Рекомендовано Министерством образования и науки, молодежи и спорта Украины, как учебное пособие для студентов учебных заведений I-IV уровня аккредитации

## **ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП - алгоритмы, манипуляции (базовый уровень)**

**Рецензенты:** доктор медицинских наук, профессор М. И. Тутченко  
доктор медицинских наук, профессор И.П. Шлапак

**Авторы:** Г.Г. Рошин, А.А. Гудыма, В.Ю. Кузьмин, В.Е. Крылюк,  
В.Н. Падалка, Е.Е. Шведова, И.И. Назаренко

**Под общей редакцией** д.м.н. Г.Г. Рошина

**Художественное оформление и верстка:**  
А.В. Доляновский

МЗ Украины,  
Украинский научно-практический центр экстренной медицинской  
помощи и медицины катастроф,  
Национальная медицинская академия последипломного  
образования имени П.Л. Шупика  
ПТУЗ "Научно-методический центр"  
**Киев - 2012. - 84с. ISBN 966-391-045-3**

Пособие предназначено для студентов учебных заведений и слушателей курсов, проходящих обучение по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим, водителей, сотрудников МВД, МЧС и др..

В данном пособии впервые представлены алгоритмы оказания экстренной медицинской помощи при разнообразных неотложных состояниях: остановке сердца и дыхания, отморожениях и ожогах, травматических повреждениях и др. для немедицинских специалистов.

**ISBN 966-391-045-3**

© Г.Г. Рошин, В.Е. Крылюк  
г. Киев, 2012 год

## Алгоритмы

Базовый алгоритм оказания экстренной помощи при остановке сердца	5
Сердечный приступ	7
Проведение сердечно-легочной реанимации с использованием АНД	9
Повреждение позвоночника	13
Травма головы (черепно-мозговая травма)	18
Повреждение живота	21
Инсульт	23
Травма грудной клетки	25
Перелом конечности	29
Рана конечности	32
Травматическая ампутация	35
Позиционное сдавление мягких тканей	37
Шок	39
Обструкция дыхательных путей инородным телом	41
Место происшествия с массовым поражением	43
Острое отравление неизвестным веществом	45
Психологическая помощь при чрезвычайной ситуации	47
Ожоги	49
Отморожения	50
Утопление	53

## Манипуляции

Восстановление проходимости верхних дыхательных путей, проверка наличия дыхания	56
Проведение нажатий на грудную клетку и искусственного дыхания при сердечно-легочной реанимации	57
Использование автоматического наружного дефибриллятора (АНД)	58
Переведение пострадавшего в безопасное положение	59
Наложение жгута (стандартного)	60
Наложение жгута (импровизированного)	61
Наложение шейного воротника	62
Фиксация пострадавшего на длинной транспортировочной доске	63
Правила наложения бинтовой повязок	64
Прием Хеймлика	65
Фиксация перелома с помощью мягкой шины	67
Положение больного/пострадавшего	68
Точки прижатия артерий на расстоянии	69
Правила снятия шлема у мотоциклиста	70
Эвакуация пострадавшего из автомобиля	71
Наложение давящей повязки	72
Наложение повязок с помощью косынки	73
Наложение повязки при наличии инородного тела в ране	74
Наложение повязки при наличии внутренних органов в ране	75
Проведение ИВЛ с помощью дыхательной маски	76
Правила снятия загрязненных резиновых перчаток	77

## Приложение

Приложение	80
Литература	83





## БАЗОВЫЕ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

НЕ РЕАГИРУЕТ

ПОЗОВИТЕ НА ПОМОЩЬ

ПРОВЕРЬТЕ НАЛИЧИЕ ДЫХАНИЯ

ДЫХАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ/ НЕ ПРАВИЛЬНОЕ

ПОЗВОНИТЕ - 103 (112)

30 НАЖАТИЙ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ  
(приблизительно 100 в минуту)

2 ВДОХА /  
30 НАЖАТИЙ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ

## Алгоритм № 1

## Базовый алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при остановке сердца

*Базовые реанимационные мероприятия имеют следующую последовательность:*

1. Перед оказанием помощи необходимо убедиться, что Вам, пострадавшему и другим присутствующим лицам не угрожает опасность.

**Помните:** Вы должны спасти жизнь, но не ценой собственной!

2. Если место безопасное, определите в сознании ли пострадавший - осторожно потрясите его за плечо и громко спросите: "С Вами все в порядке? Как Вы себя чувствуете?". В любом случае, с целью определения сознания, *не давите пострадавшему на глаза, не колите его острыми предметами.*

3. *Если пострадавший реагирует:*

3.1. Если пострадавшему ничего не угрожает, оставьте его в предыдущем положении.

3.2. Если возможно, выясните, что с ним произошло и вызовите скорую медицинскую помощь.

3.3. Не оставляйте пострадавшего без присмотра, периодически оценивайте его состояние.

4. *Если пострадавший не реагирует:*

4.1. Позовите на помощь.

4.2. При необходимости поверните пострадавшего на спину, восстановите проходимость дыхательных путей.

5. Поддерживая дыхательные пути открытыми, определите наличие дыхания, используя тройной прием: «слышать, видеть, чувствовать» (см. манипуляцию № 1).

Определять наличие дыхания необходимо в течении 10 секунд. При нормальном дыхании, за это время, Вы услышите не менее 2-3 вдохов.

**Помните:** В течение нескольких минут после остановки сердца у пострадавшего может оставаться слабое дыхание или одиночные вдохи. Не путайте их с нормальным дыханием. Если Вы не уверены, что дыхание нормальное - считайте, что его нет.

Для определения жизненных показателей нет необходимости проверять пульс, можно ограничиться только определением наличия дыхания.

6. *Если пострадавший дышит нормально:*

6.1. Переведите его в стабильное положение (см. манипуляцию № 4).

6.2. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.

6.3. Не оставляйте пострадавшего без присмотра до приезда медиков.

Следите за жизненными показателями.

7. Если дыхание отсутствует или нарушено:

7.1. Попросите кого-нибудь сходить за помощью, если нет возможности - самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь, даже если потребуется оставить пострадавшего на некоторое время.

7.2. Только после вызова скорой медицинской помощи начните проведение сердечно-легочной реанимации.

8. Выполните 30 нажатий на грудную клетку (см. манипуляцию № 2):

8.1. Станьте на колени сбоку от пострадавшего.

8.2. Определите место нажатий и разместите руки на грудной клетке.

8.3. Выполняйте нажатия глубиной не менее 5 (не более 6 см), с частотой 100 (не более 120) нажатий в минуту.

**Помните:** не отрывайте рук от грудной клетки при выполнении нажатий. При выполнении каждого последующего нажатия дайте возможность грудной клетке вернуться в исходное положение.

9. Выполните 2 вдоха:

9.1. Восстановите проходимость дыхательных путей.

9.2. Зажмите ноздри пострадавшего одной рукой.

9.3. Плотно обхватите губами рот пострадавшего, для создания герметичности.

9.4. Сделайте равномерный выдох (как при обычном дыхании) в рот пострадавшего в течение одной секунды (одновременно наблюдая за движением его грудной клетки). Дайте возможность грудной клетке пострадавшего вернуться в исходное положение и сразу выполните второй вдох.

**Помните:** выполнять искусственное дыхание можно только при наличии защитных средств: маска-клапан, дыхательная маска и др. При отсутствии защитных средств искусственное дыхание можно не выполнять - проводите только нажатия на грудную клетку.

*Выполнение двух вдохов должно занимать не более 5 секунд.*

10. Сразу после выполнения двух вдохов начните нажатия на грудную клетку согласно вышеуказанным рекомендациям (30:2).

**Важно:**

1. Если Вы выполняете реанимацию не самостоятельно, следует меняться каждые две минуты, чтобы предотвратить переутомление.

2. Паузы между нажатиями на грудную клетку должны быть минимальными.

3. Остановку для оценки состояния пострадавшего следует проводить только после восстановления дыхания.

4. Вы можете прекратить выполнение сердечно-легочной реанимации при следующих условиях:

- прибытие медиков;
- восстановление дыхания/сознания;
- Ваше физическое истощение.



*Инфаркт миокарда (сердечный приступ) - ишемия/омертвление сердечной мышцы вследствие недостаточности кровоснабжения.*

*Основная причина возникновения - откладывание жировых образований на внутренней стенке сосудов, питающих сердечную мышцу. Наиболее опасное осложнение инфаркта миокарда - внезапная смерть.*

*Признаки инфаркта миокарда - начало инфаркта миокарда может быть интенсивным, однако, чаще его признаки появляются постепенно, начиная с умеренной боли и дискомфорта. Чаще всего люди не понимают в чем дело и ждут слишком долго, прежде чем обратиться за помощью. Обратите внимание на следующие признаки (симптомы): дискомфорт в центре грудной клетки; сжимающая, тянущая боль за грудиной, боль в левой руке с проекцией в локоть, мизинец, шею, нижнюю челюсть; чувство страха; учащенное дыхание (более 30 дыхательных движений в минуту); холодный пот; тошнота; головокружение.*

*Ваши действия в случае обнаружения хотя бы одного из признаков:*

1. Срочно вызовите скорую медицинскую помощь - кратко объясните диспетчеру причину вызова.
2. Положите человека на спину.
3. Расстегните воротник и манжеты рубашки.
4. Обеспечьте приток свежего воздуха в помещение.
5. Спросите больного о приеме сердечных препаратов. В случае постоянного приема (например, нитроглицерина) - помогите принять больному лекарства.
6. Дайте разжевать таблетку аспирина (независимо от приема других препаратов).
7. Постоянно наблюдайте за больным, не оставляйте его без надзора.
8. Не позволяйте ему отказаться от вызова скорой медицинской помощи. Лучше перестраховаться, чем недооценить ситуацию.
9. При необходимости будьте готовы начать сердечно-легочную реанимацию (см. алгоритм № 1).

**Помните:** если Вы ощущаете вышеперечисленные симптомы и не имеете возможности вызвать скорую медицинскую помощь - попросите кого-нибудь отвезти Вас в больницу. Самостоятельно садитесь за руль только в том случае, если нет другого выхода; включите аварийную сигнализацию и едьте на низкой скорости.

Возможная локализация боли при инфаркте миокарда - см. приложение 2.



# АВТОМАТИЧЕСКАЯ НАРУЖНАЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ

## ПРОВЕРИТЬ РЕАКЦИЮ

ОСТОРОЖНО ПОТЯЖИ ЗА ПЛЕЧО.  
ГРОМКО ОКЛИКНУТЬ "С ВАМИ ВСЕ В ПОРЯДКЕ?"

## ЕСЛИ НЕ РЕАГИРУЕТ

ОТКРЫТЬ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ И ПРОВЕРИТЬ ДЫХАНИЕ

ЕСЛИ НЕ ДЫШИТ ИЛИ ДЫХАНИЕ  
ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ

Вызвать 103 (112), найти и принести  
Автоматический наружный  
дефибрилятор (АНД)

ЕСЛИ ДЫШИТ НОРМАЛЬНО

Поместить в стабильное положение

- Вызвать 103 (112)
- Продолжать оценку наличия  
нормального дыхания

НЕМЕДЛЕННО НАЧАТЬ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНУЮ РЕАНИМАЦИЮ (СЛР)

РАСПОЛОЖИТЬ РУКИ В ЦЕНТРЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ВЫПОЛНИТЬ 30 НАЖАТИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

- ДЕЛАТЬ СИЛЬНЫЕ И БЫСТРЫЕ НАЖАТИЯ (ГЛУБИНА 5 СМ, ЧАСТОТА 100/МИН)
- ПРИЖАТЬ ГУБЫ КО РТУ ПОСТРАДАВШЕГО
- СДЕЛАТЬ ИСКУССТВЕННЫЙ ВДОХ ТАК, ЧТОБЫ ПОДНЯЛАСЬ ГРУДНАЯ КЛЕТКА
- КОГДА ГРУДНАЯ КЛЕТКА ОПУСТИТСЯ, СДЕЛАТЬ

ВТОРОЙ ИСКУССТВЕННЫЙ ВДОХ

- ПРОДОЛЖИТЬ СЛР

## СЛР 30:2

## ВКЛЮЧИТЬ АНД И НАЛОЖИТЬ ЭЛЕКТРОДЫ

Следовать голосовым командам АНД без промедлений. Наложить один электрод под левой  
подмышкой, другой - под правой ключицей, рядом с грудиной.

Если более одного спасателя: **НЕ прерывать СЛР**

НИКОМУ НЕ ТРОГАТЬ ПОСТРАДАВШЕГО И НАНЕСТИ РАЗРЯД

НИКОМУ НЕ ТРОГАТЬ ПОСТРАДАВШЕГО:

- ВО ВРЕМЯ АНАЛИЗА РИТМА
- ВО ВРЕМЯ НАНЕСЕНИЯ РАЗРЯДА

ЕСЛИ ПОСТРАДАВШИЙ НАЧИНАЕТ ДВИГАТЬСЯ, ОТКРЫВАЕТ ГЛАЗА И ДЫШАЕТ НОРМАЛЬНО,  
ПРЕКРАТИТЬ СЛР

ЕСЛИ ПОСТРАДАВШИЙ БЕЗ СОЗНАНИЯ, ПОВЕРНУТЬ ЕГО В СТАБИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ.

## Проведение сердечно-легочной реанимации с использованием АНД

*Базовые реанимационные мероприятия имеют следующую последовательность:*

1. Перед оказанием помощи необходимо убедиться, что Вам, пострадавшему и другим присутствующим лицам не угрожает опасность.

**Помните:** Вы должны спасти жизнь, но не ценой собственной!

2. Если место происшествия безопасное, определите в сознании ли пострадавший - осторожно потрясите его за плечо и громко спросите:

"С Вами все в порядке? Как Вы себя чувствуете?". В любом случае, с целью определения сознания, *не давите пострадавшему на глаза, не колите его острыми предметами.*

3. Если пострадавший реагирует:

3.1. Если пострадавшему ничего не угрожает, оставьте его в предыдущем положении.

3.2. Если возможно, выясните, что с ним произошло и вызовите скорую помощь.

3.3. Не оставляйте пострадавшего без присмотра, периодически оценивайте его состояние.

4. Если пострадавший не реагирует:

4.1. Позовите на помощь.

4.2. При необходимости переверните пострадавшего на спину, восстановите проходимость дыхательных путей.

5. Поддерживая дыхательные пути открытыми, определите наличие дыхания, используя тройной прием: «слышать, видеть, чувствовать» (см. манипуляцию № 1).

Определять наличие дыхания необходимо в течении 10 секунд. При нормальном дыхании за это время Вы определите не менее 2-3 вдохов.

**Помните:** В течение нескольких минут после остановки сердца у пострадавшего может оставаться слабое дыхание или одиночные вдохи. Не путайте их с нормальным дыханием. Если Вы не уверены, что дыхание нормальное - считайте, что его нет.

Для определения жизненных показателей нет необходимости проверять пульс, можно ограничиться только определением наличия дыхания.

6. Если пострадавший дышит нормально:

6.1. Переведите его в стабильное положение (см. манипуляцию № 4).

6.2. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.

6.3. Не оставляйте пострадавшего без присмотра до приезда медиков. Следите за жизненными показателями.

7. Если дыхание отсутствует или неправильное - попросите кого-нибудь сходить за помощью и/или принести АНД, если никого нет рядом - само-



стоятельно вызовите скорую медицинскую помощь и доставьте АНД.  
**8. Если Вы оказываете помощь самостоятельно - сразу используйте АНД:**

8.1. Откройте крышку. Как правило после этого, аппарат включается самостоятельно, если нет - нажмите кнопку, чтобы его включить.

8.2. После того, как аппарат включился, он сразу начнет давать голосовые команды - неукоснительно придерживайтесь команд аппарата.

8.3. Приклейте электроды на грудную клетку пострадавшего и подождите пока аппарат осуществит анализ ритма, после чего, при необходимости, нажмите кнопку разряда для проведения дефибрилляции.

**Помните:** не касайтесь пострадавшего, когда аппарат проводит анализ ритма и при проведении дефибрилляции. Проводите дефибрилляцию только после того, как Вы убедились, что никто не касается пострадавшего.

9. Сразу после выполнения дефибрилляции начните проведение СЛР в соотношении 30:2, в соответствии с требованиями, указанными в алгоритме № 1:

9.1. Станьте на колени сбоку от пострадавшего.

9.2. Определите место нажатий и разместите руки на грудной клетке.

9.3. Выполняйте нажатия глубиной не менее 5 (не более 6 см.), с частотой 100 (не более 120) в минуту.

**Помните:** не отрывайте рук от грудной клетки при выполнении нажатий. При выполнении каждого последующего нажатия дайте возможность грудной клетке вернуться в исходное положение.

10. Выполните 2 вдоха:

10.1. Восстановите проходимость дыхательных путей.

10.2. Зажмите ноздри пострадавшего одной рукой.

10.3. Плотно обхватите губами рот пострадавшего, для создания герметичности.

10.4. Сделайте равномерный выдох (как при обычном дыхании) в рот пострадавшего в течение одной секунды (одновременно следя за движением его грудной клетки). Дайте возможность грудной клетке пострадавшего вернуться в исходное положение и сразу выполните второй вдох.

**Помните:** выполнять искусственное дыхание можно только при наличии защитных средств: маска-клапан, дыхательная маска и др. При отсутствии защитных средств, искусственное дыхание можно не выполнять - проводите только нажатия на грудную клетку.

Выполнение двух вдохов должно занимать не более 5 секунд.

11. Сразу после выполнения двух вдохов начните нажатия на грудную клетку согласно вышеуказанным рекомендациям (30:2).

12. Через две минуты дефибриллятор автоматически проведет повторный анализ ритма у пострадавшего - действуйте в соответствии с его голосовыми подсказками - при необходимости выполните дефибрилляцию.

Если в модели дефибриллятора не предусмотрено автоматическое включение через 2 минуты (т.е. после выполнения 5-6 циклов СЛР 30:2), включите его самостоятельно.

13. Если СЛР выполняют два спасателя - первый: начинает проведение СЛР 30:2; второй: приносит и готовит автоматический дефибриллятор к работе.

**Помните:** не прекращайте нажатия на грудную клетку, пока другой спасатель прикрепляет электроды.

Прекратите нажатия на грудную клетку при анализе ритма сердца дефибриллятором, согласно его команде, независимо от того, какое по счету нажатие Вы выполняете.

Используйте время, когда дефибриллятор анализирует ритм (через каждые 2 минуты проведения СЛР), для того чтобы смениться: нажатия на грудную клетку - физически изнурительная манипуляция.

14. Используйте АНД в течении всего времени проведения СЛР - не существует ограничений в количестве проведенных дефибрилляций.

15. В случае, когда после анализа ритма сердца дефибриллятор не рекомендует проведение дефибрилляции - продолжайте СЛР в соотношении 30:2, в соответствии с вышеуказанными рекомендациями.

16. Если у пострадавшего возобновилось дыхание и самостоятельная работа сердца - переведите его в стабильное положение (см. манипуляцию № 4) *не снимая электроды*. Внимательно следите за состоянием пострадавшего и при необходимости будьте готовы продолжить СЛР.



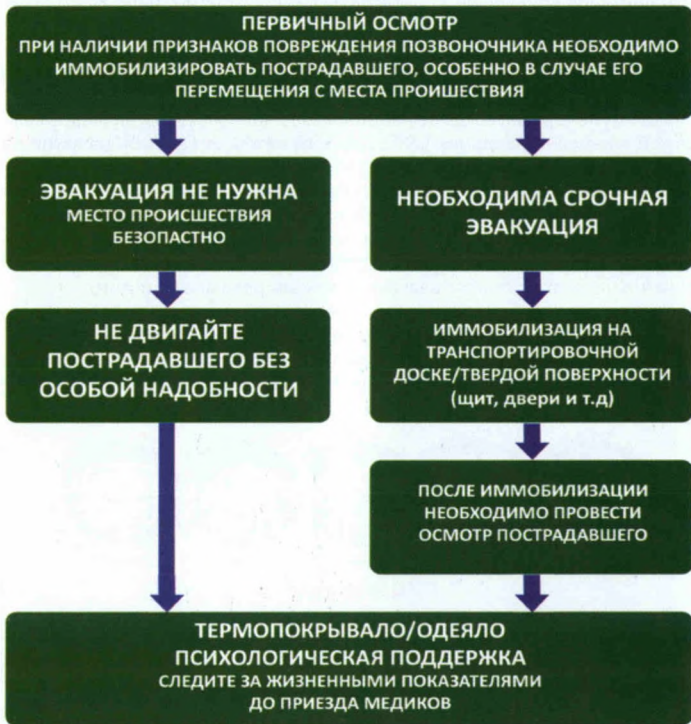
### "Цепь жизни"

*Новый комплекс мероприятий по предупреждению внезапной смерти у пострадавших, в соответствии с рекомендациями АНА (Американская Ассоциация сердечных заболеваний) и ERC (Европейский Совет реанимации) имеет следующую последовательность:*

1. Быстрое распознавание остановки сердца и вызов бригады СМП.
2. Своевременная СЛР - качественные нажатия грудной клетки.
3. Своевременная дефибрилляция.
4. Эффективная интенсивная терапия.
5. Комплексное постреанимационное лечение.



## ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА



### ВАЖНО:

- обязательно фиксируйте шейный отдел позвоночника;
- проведение сердечно-легочной реанимации является приоритетным, иммобилизация позвоночника не должна задерживать её выполнение;
- отсутствие жалоб у пострадавшего не исключает повреждения позвоночника.

1. *Обстоятельства, которые зачастую приводят к травме позвоночника:*

- падение с высоты;
- прыжки в воду;
- сильный удар по туловищу;
- дорожно-транспортные происшествия;
- поражение молнией;
- поражение электрическим током;
- взрыв.

**Помните:** всегда подозревайте травму позвоночника при вышеуказанных обстоятельствах травмирования!

*Признаки повреждения позвоночника:*

- сильная боль или ощущение сдавления головы, шеи или спины;
- покалывание или потеря чувствительности в пальцах рук и ног;
- потеря двигательных функций конечностей;
- деформация в области позвоночника;
- судороги;
- затрудненное дыхание;
- потеря равновесия.

**Помните:** отсутствие жалоб у пострадавшего не является признаком отсутствия повреждений!

2. Убедитесь в безопасности места происшествия, только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

**Помните:** Вы должны спасти жизнь, но не ценой собственной!

3. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.

4. Попросите кого-либо или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.

5. Если у пострадавшего отсутствует дыхание - восстановите проходимость дыхательных путей и начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).

6. Если пострадавший в сознании и его местонахождение безопасное:

6.1. Перемещайте пострадавшего только в случае крайней необходимости.

6.2. Следите за жизненными признаками.

6.3. При необходимости укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.

6.4. Поддержите пострадавшего психологически.

6.5. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.



6.6. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.

7. Если место происшествия потенциально опасное, пострадавшему необходимо оказать следующую помощь:

7.1. Выполните фиксацию шейного отдела позвоночника при помощи шейного воротника (см. манипуляцию № 7) или иным методом: мягкая шина, ручная фиксация.

7.2. Переместите пострадавшего на длинную транспортировочную доску или твердую ровную поверхность (щит, двери и др.). Используйте помощь окружающих лиц, свидетелей (см. манипуляцию № 8).

**Помните:** ни в коем случае не перемещайте пострадавшего самостоятельно! Это приведет к дополнительным травмам!

7.3. Зафиксируйте пострадавшего на длинной транспортировочной доске.

7.4. При необходимости укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.

7.5. Эвакуируйте пострадавшего в безопасное место.

7.6. Проведите вторичный осмотр.

7.7. Предоставьте экстренную медицинскую помощь в зависимости от существующих повреждений (повязки, фиксация переломов и др.).

7.8. Поддержите пострадавшего психологически: объясните, что Вы можете ему помочь, что скорая медицинская помощь скоро прибьет и т.п.

7.9. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.

7.10. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.



Об'єднані дитяча та доросла  
спінальні дошки «Tango»



Універсальна анатомічна іммобілізація голови  
«Spencer Contour»



Універсальна компактна іммобілізація голови  
«Super Blue»



Універсальна іммобілізація голови  
«Fix Head»



Продукція протестована та сертифікована 10G



**AZARIS**  
MEDICAL EQUIPMENT

ТОВ «АЗАРІС»  
Ексклюзивний представник «Spencer» на території України

01011, м. Київ, вул. Різницька, 6, оф. 3  
тел.: +380 44 227-05-92 | факс: +380 44 288-56-16  
[www.azaris.com.ua](http://www.azaris.com.ua)



Вакуумний транспортний матрац  
«Combimatt»Протишокові штани  
«Jacob»Шини для іммобілізації кінцівок  
«Blue Splint»



# ТРАВМА ГОЛОВЫ

## ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА

ФИКСАЦИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР

ЕСТЬ ЛИ РАНА В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ?

ДА

РАНЫ ОТСУТСТВУЮТ

СТЕРИЛЬНАЯ ПОВЯЗКА

ТЕРМОПОКРЫВАЛО/ОДЕЯЛО

ЕСЛИ НЕОБХОДИМА ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШЕГО -  
ЖЕЛАТЕЛЬНО ВЫПОЛНИТЬ ИММОБИЛИЗАЦИЮ НА  
ДЛИННОЙ ТРАНСПОРТИРОВОЧНОЙ ДОСКЕ

1. *Обстоятельства, которые чаще всего приводят к травме головы:*

- падение с высоты;
- прыжки в воду;
- сильный удар по голове или туловищу;
- дорожно-транспортные происшествия;
- поражение молнией;
- поражение электрическим током;
- взрыв.

**Помните:** всегда подозревайте травму головы при вышеуказанных обстоятельствах травмы!

2. *Признаки черепно-мозговой травмы:*

- сонливость;
- нарушение и/или потеря сознания;
- сильная боль или ощущение сдавления головы, шеи;
- покалывание или потеря чувствительности в пальцах рук и ног;
- потеря двигательных функций конечностей;
- деформация в области головы;
- судороги;
- затрудненное дыхание;
- нарушения зрения;
- тошнота;
- рвота;
- устойчивая головная боль;
- потеря равновесия;
- разница в размерах правого и левого зрачка (не обязательно);
- выделение крови и/или ликвора (прозрачная жидкость) из ротовой и/или носовой полости и уха.

**Помните:** отсутствие жалоб у пострадавшего не является признаком отсутствия повреждений!

3. Убедитесь в безопасности места происшествия для Вас и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

**Помните:** Вы должны спасти жизнь, но не ценой собственной!

4. Перед проведением осмотра пострадавшего и оказанием ему помощи выполните фиксацию шейного отдела позвоночника при помощи воротника (см. манипуляцию № 7) или иным методом: мягкая шина, ручная фиксация.

5. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.

6. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.

7. Если у пострадавшего отсутствует дыхание - восстановите проходимость дыхательных путей и начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).

8. Если у пострадавшего отсутствуют раны в области головы и другие повреждения:

8.1. При необходимости укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.

8.2. Поддержите пострадавшего психологически: объясните, что Вы можете ему помочь, что скорая медицинская помощь скоро прибьет и т.п.

8.3. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.

8.4. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.

8.5. В случае потенциально опасного места происшествия - эвакуируйте пострадавшего на длинной транспортировочной доске.

9. Если у пострадавшего имеются раны в области головы и другие повреждения:

9.1. Наложите повязки на раны и предоставьте соответствующую помощь.

9.2. При необходимости укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.

9.3. Поддержите пострадавшего психологически: объясните, что Вы можете ему помочь, что скорая медицинская помощь скоро прибьет и т.п.

9.4. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.

9.5. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.

9.6. В случае потенциально опасного места происшествия - эвакуируйте пострадавшего на длинной транспортировочной доске.

**Помните:** при черепно-мозговой травме существует большой риск возникновения рвоты у пострадавшего, поэтому, если возможно, до прибытия скорой медицинской помощи пострадавший должен находиться в безопасной, боковой позиции (стабильном положении).





## ТРАВМА ЖИВОТА



### ВАЖНО:

ни в коем случае не пытайтесь вправить внутренние органы, которые находятся в ране в брюшную полость!

### 1. Признаки проникающей травмы живота:

- наличие раны;
- боль в брюшной полости;
- тошнота;
- рвота;
- слабость;
- ощущение давления, "распирания" в животе;
- наличие посторонних предметов в ране (нож, арматура и др.)
- наличие в ране кишечника или сальника (эвентерация).

### 2. Признаки закрытой травмы живота с возможным внутренним кровотечением:

- посинение кожи (образование синяка) на месте травмы;
- при пальпации живот мягкий, болезненный;
- чувство волнения и/или беспокойства у пострадавшего;
- частый слабый пульс;
- учащенное дыхание;
- бледная, холодная и/или влажная на ощупь кожа;
- тошнота;
- рвота;
- жажда;
- потеря сознания.

3. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

4. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.

5. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.

6. Если у пострадавшего отсутствует дыхание - восстановите проходимость дыхательных путей и начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).

7. В случае, если у пострадавшего отсутствует рана в области брюшной полости, но есть подозрение на внутреннее кровотечение:

7.1. Предоставьте пострадавшему удобное положение.

7.2. При наличии признаков шока - предоставьте пострадавшему противошоковое положение (см. манипуляцию № 12).

7.3. Укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.

7.4. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.

7.5. До прибытия скорой медицинской помощи периодически прове-



ряйте состояние пострадавшего.

*8. В случае, если у пострадавшего обнаружена рана в области передней брюшной стенки без выпадения внутренних органов:*

8.1. Предоставьте пострадавшему удобное положение.

8.2. При наличии признаков шока - предоставьте пострадавшему противошоковое положение (см. манипуляцию № 12).

8.3. Наложите стерильную повязку на рану, зафиксируйте ее с помощью лейкопластыря.

8.4. Укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.

8.5. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.

8.6. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.

*9. В случае, когда у пострадавшего имеется рана в области передней брюшной стенки с наличием в ней внутренних органов (эвентерация):*

9.1. Предоставьте пострадавшему удобное положение.

9.2. При наличии признаков шока - предоставьте пострадавшему противошоковое положение (см. манипуляцию № 12).

9.3. Наложите стерильную повязку на рану, не совершая значительного давления. В целях предупреждения пересыхания внутренних органов, которые находятся в ране, стерильную повязку необходимо увлажнить стерильным физиологическим раствором.

9.4. Укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.

9.5. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.

9.6. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.

**Помните:**

– Ни в коем случае не пытайтесь вправить внутренние органы, находящиеся в ране, в брюшную полость!

– Не пытайтесь извлечь из раны посторонние предметы, если они там есть – это может возобновить и/или усилить кровотечение!

– Не заливайте в рану раствор йода/спирт – достаточно наложить стерильную повязку!

– Не забывайте о собственной безопасности – предоставляйте помощь в резиновых перчатках!

*Инсульт - острое нарушение мозгового кровообращения.*

Возникает при разрыве или закупорке тромбом (кровяным сгустком) сосуда. В результате чего участок мозга не получает необходимое количество крови и кислорода. Нервные клетки в пораженной области мозга погибают в течении нескольких минут. При этом происходит потеря некоторых функций (движения, чувствительности) в участке тела, контролируемом пораженным участком мозга.

*Признаки инсульта:*

- внезапная асимметрия или онемение лица;
- внезапная слабость и/или онемение в руке или ноге с одной стороны;
- нарушение речи и/или понимания простых команд/ вопросов;
- внезапное ухудшение зрения в одном или в обоих глазах;
- внезапное нарушение походки;
- головокружение, потеря равновесия или координации;
- внезапная головная боль без видимой причины;
- потеря сознания.

*Ваши действия в случае обнаружения хотя бы одного из признаков:*

1. Срочно вызовите скорую медицинскую помощь - кратко объясните диспетчеру причину вызова.
2. Положите больного, приподнимите голову и плечи - это уменьшит кровяное давление в области головы.
3. Если больной находится без сознания, но дышит нормально - переведите его в безопасное положение (манипуляция № 4).
4. Никогда не давайте человеку с подозрением на инсульт ничего есть и пить (способность глотать может быть нарушена) - это спровоцирует нарушение проходимости дыхательных путей.
5. Постоянно наблюдайте за больным, не оставляйте его без присмотра.
6. Не позволяйте больному отказаться от вызова скорой медицинской помощи. Лучше перестраховаться, чем недооценить ситуацию.
7. При необходимости будьте готовы начать сердечно-легочную реанимацию (см. алгоритм № 1).



## ТРАВМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ



**ВАЖНО:**

не удаляйте из раны посторонние предметы - это может усилить и/или возобновить кровотечение. Многочисленные переломы ребер не должны быть причиной отказа от проведения сердечно-легочной реанимации.

### 1. Признаки проникающей травмы грудной клетки:

- наличие раны;
- сильная боль в области раны;
- затрудненное дыхание;
- кровотечение из раны (при этом, кровь может быть алой, пенистой);
- звук всасывания воздуха при каждом вдохе;
- возможно кровохарканье.

### 2. Признаки травмы грудной клетки с переломом ребер и внутренним кровотечением:

- посинение кожи (образование синяка) на месте травмы;
- мягкие ткани болезненные;
- ощущение крепитации при пальпации грудной клетки;
- затрудненное дыхание;
- возможно кровохарканье;
- чувство волнения или беспокойства у пострадавшего;
- частый слабый пульс;
- учащенное дыхание;
- бледная, холодная или влажная на ощупь кожа;
- тошнота;
- рвота;
- жажда;
- нарушение сознания.

3. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

4. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.

5. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.

6. Если у пострадавшего отсутствует дыхание - восстановите проходимость дыхательных путей и начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).

7. Если у пострадавшего есть признаки проникающего ранения грудной клетки:

7.1. Попросите пострадавшего сделать глубокий выдох;

7.2. Закройте рану стерильной повязкой, которая не пропускает воздух (например, куском полиэтиленового пакета, пластиковой оберткой и др.).

7.3. Зафиксируйте повязку лейкопластырем, оставив один ее край свободным (воздух не будет поступать в рану при вдохе, но сможет



выходить при выдохе).

7.4. При огнестрельном ранении грудной клетки обязательно проверьте место возможного выхода пули. Если Вы обнаружили второе отверстие, предоставьте пострадавшему помощь, как описано выше.

7.5. Предоставьте пострадавшему полусидячее положение.

7.6. Укройте пострадавшего тепlopokpывалом/одеялом.

7.7. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.

7.8. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.

8. Если у пострадавшего имеется травма грудной клетки с признаками перелома ребер и внутренним кровотечением:

8.1. Предоставьте пострадавшему полусидячее положение.

8.2. Укройте пострадавшего тепlopokpывалом/одеялом.

8.3. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.

8.4. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.

**Помните:**

– Не пытайтесь извлечь из раны посторонние предметы – это может возобновить и/или усилить кровотечение!

– Не заливайте в рану раствор йода/спирт – достаточно наложить стерильную повязку!

– Не забывайте о собственной безопасности: предоставляйте помощь в резиновых перчатках!

– Перелом ребер (независимо от количества) не является причиной отказа от проведения СЛР!

**TONUS ELAST**<sup>®</sup>  
Латвия

# БИНТЫ

**МЕДИЦИНСКИЕ  
ЭЛАСТИЧНЫЕ  
СО СПЕЦИАЛЬНЫМИ  
КЛИПСАМИ  
ДЛЯ ФИКСАЦИИ**

Удобная, надежная  
и многократная  
фиксация бинта



САМОФЛЕКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ  
ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

Товарознавчий Центр Прикладної Освіти Тонус Еласт, Пилскапі, Латвія, Латвія,  
Ваша адреса: 02-24-41, Митрополіт, РС, МСВ України № 5550/2004-01/09-12-7-12

**OLFA**  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ МАРКЕТИНГ  
И ДИСТРИБЬЮЦИЯ





## ПЕРЕЛОМ



### 1. Признаки открытого перелома конечности:

- наличие раны в месте перелома;
- кровотечение;
- боль в области раны;
- нарушение функций поврежденной конечности;
- неестественное положение конечности;
- патологическая подвижность конечности;
- крепитация (своеобразный хруст) в месте перелома;
- наличие фрагментов кости в ране (не обязательно).

### 2. Признаки закрытого перелома конечности:

- неестественное положение конечности;
- боль в области раны;
- патологическая подвижность в конечности;
- крепитация (хруст) в месте перелома;
- гематома в области перелома;
- отек в области перелома;
- нарушение функций поврежденной конечности.

3. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

4. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.

5. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.

6. Если у пострадавшего отсутствует дыхание - восстановите проходимость дыхательных путей и начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).

### 7. Если у пострадавшего имеются признаки открытого перелома:

7.1. Наложите асептическую повязку на рану (используйте салфетки с фурагином, хлоргекседином/пакет перевязочный стерильный, стерильные бинты).

7.2. При наличии артериального кровотечения наложите жгут (см. манипуляцию № 5, 6).

7.3. Помогите пострадавшему принять удобное положение (приводит к уменьшению боли).

7.4. Имобилизуйте (зафиксируйте) поврежденную конечность (см. манипуляцию № 11) с помощью стандартного оборудования или подручных средств.

7.5. Укройте пострадавшего теплопокрывалом/одеялом.

- 7.6. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.
- 7.7. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.
- 7.8. В случае потенциально опасного места происшествия, эвакуируйте пострадавшего на длинной транспортировочной доске.
8. Если у пострадавшего признаки закрытого перелома:
- 8.1. Помогите пострадавшему принять удобное положение (приводит к уменьшению боли).
- 8.2. Имobilизируйте (зафиксируйте) поврежденную конечность (см. манипуляцию № 11) с помощью стандартного оборудования или подручных средств.
- 8.3. Укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.
- 8.4. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.
- 8.5. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.
- 8.6. В случае потенциально опасного места происшествия, эвакуируйте пострадавшего на длинной транспортировочной доске.

**Помните:**

- Необходимо фиксировать один сустав сверху и один снизу от места перелома конечности.
- При переломе бедренной кости зафиксируйте тазобедренный, коленный и голеностопный суставы.
- Не пытайтесь сопоставить фрагменты кости: существует высокий риск причинить дополнительные повреждения (травма сосудов, нервов).
- Жгут следует накладывать выше раны.
- Не пытайтесь снять одежду с поврежденной конечности - разрежьте ее ножницами.
- Холод уменьшает боль в области раны/повреждения. При возможности, приложите пакеты со льдом или холодной водой на область перелома, но не непосредственно на кожу.



## РАНА КОНЕЧНОСТИ

### РАНА



### *1. Признаки артериального кровотечения из раны:*

- наличие раны;
- быстрая и значительная кровопотеря (кровь «бьет фонтаном», пульсирует, ярко-красного цвета, как правило самостоятельно не останавливается и приводит к значительной кровопотере в течение короткого времени).

### *2. Признаки венозного кровотечения из раны:*

- наличие раны;
- кровь непрерывно вытекает из раны, темно-красного или бордового цвета; в зависимости от диаметра поврежденной вены кровотечение может быть от незначительного до интенсивного.

3. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

4. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.

5. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.

6. Если у пострадавшего отсутствует дыхание - восстановите проходимость дыхательных путей и начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).

### *7. Если у пострадавшего имеется рана конечности без кровотечения:*

- 7.1. Предоставьте конечности приподнятое положение.
- 7.2. Наложите на рану стерильную салфетку.
- 7.3. Наложите на рану повязку.
- 7.4. При необходимости предоставьте пострадавшему противошоковое положение (см. манипуляцию № 12).
- 7.5. Укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.
- 7.6. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.
- 7.7. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.

### *8. Если у пострадавшего имеется рана с признаками артериального кровотечения:*

- 8.1. Предоставьте конечности приподнятое положение.
- 8.2. Наложите на рану стерильную салфетку и осуществите давление на рану. Если не помогает:
  - наложите на рану тугую повязку;
  - прижмите артерию на расстоянии;
  - наложите жгут на конечность (см. манипуляцию № 5, 6).
- 8.3. Предоставьте пострадавшему противошоковое положение (см. манипуляцию № 12).
- 8.4. Укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.



- 8.5. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.
- 8.6. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.
9. Если у пострадавшего рана с признаками венозного кровотечения:
- 9.1. Предоставьте конечности приподнятое положение.
  - 9.2. Наложите на рану стерильную салфетку и надавите на рану.
  - 9.3. Наложите на рану тугую повязку.
  - 9.4. Предоставьте пострадавшему противошоковое положение (см. манипуляцию № 12).
  - 9.5. Укройте пострадавшего тепlopокрывалом/одеялом.
  - 9.6. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.
  - 9.7. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.

**Помните:**

Обязательно надевайте резиновые перчатки (предотвращение заражения болезнями, передающимися через кровь - СПИДом, вирусным гепатитом)!

- Запишите время наложения жгута.
- Наложение жгута прекращает поступление крови к пораженной конечности, что может привести к ее отмиранию, поэтому через каждые 30 минут ослабляйте жгут на 5 минут, крепко прижимая место раны рукой.
- Сразу после оказания первой медицинской помощи помойте руки с мылом, даже, если Вы использовали резиновые перчатки!
- Если у Вас на руках были царапины, раны или Вы получили их во время оказания помощи - промойте их чистой водой, обработайте раствором антисептиков и обратитесь за консультацией к врачу.
- При попадании крови на слизистые глаза - промойте глаза теплой, чистой водой или сульфацилом натрия и обратитесь за консультацией к врачу.



## АМПУТАЦИЯ

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР**

**НАЛОЖИТЕ ЖГУТ И  
СТЕРИЛЬНУЮ ПОВЯЗКУ НА КУЛЬТУ**

**ПРОТИВОШОКОВОЕ  
ПОЛОЖЕНИЕ**

**ИММОБИЛИЗАЦИЯ**

**Контроль  
жизненных  
показателей+  
термопокрывало**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА  
ПРИ НАЛИЧИИ СОЗНАНИЯ**

**НАЙТИ АМПУТИРОВАННУЮ КОНЕЧНОСТЬ/ ЧАСТЬ ТЕЛА**

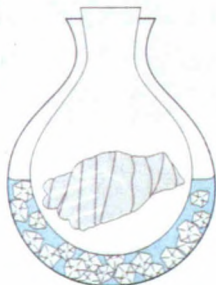
**ЗАВЕРНУТЬ В СТЕРИЛЬНУЮ МАРЛЮ**

**Поместить в емкость/пакет, при возможности удалить из нее воздух и  
разместить в другой емкости, заполненной холодной водой/льдом**

**Доставте ампутированную часть тела вместе с пострадавшим в  
больницу/ передайте емкость медикам**

1. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.
2. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.
3. При наличии артериального кровотечения - наложите жгут (см. манипуляцию № 5, 6).
4. Наложите стерильную повязку на культю.
5. Предоставьте пострадавшему противошоковое положение (см. манипуляцию № 12).
6. При необходимости выполните иммобилизацию культы.
7. Укройте пострадавшего тепlopokpывалом/одеялом.
9. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.
10. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.
11. В случае потенциально опасного места происшествия, эвакуируйте пострадавшего на длинной транспортировочной доске.
12. *Ваши действия с ампутированной частью:*
  - 12.1. Найдите ампутированную часть тела.
  - 12.2. Заверните ампутированную часть тела в стерильную марлю или чистую ткань.
  - 12.3. Поместите ампутированную часть тела в полиэтиленовый пакет (по возможности выдавите из него воздух).
  - 12.4. Поместите пакет в емкость, заполненную холодной водой/льдом.
  - 12.5. Транспортируйте ампутированную часть тела вместе с пострадавшим в больницу.

**Схема размещения ампутированной части тела в пакете со льдом**





## ПОЗИЦИОННОЕ СДАВЛЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР**

ФИКСАЦИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА  
ЕСЛИ ЕСТЬ РАНЫ ИХ СЛЕДУЕТ ОБРАБОТАТЬ  
(наложить стерильные повязки)

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА**  
ПРИ НАЛИЧИИ СОЗНАНИЯ

**ТЕРМОПОКРЫВАЛО/ОДЕЯЛО**

**ЕСЛИ С МОМЕНТА СДАВЛЕНИЯ ПРОШЛО БОЛЬШЕ  
10 МИНУТ ОСВОБОЖДАТЬ ПОСТРАДАВШЕГО  
СЛЕДУЕТ ТОЛЬКО ПОСЛЕ ПРИБЫТИЯ МЕДИКОВ,  
ИЛИ ПОСЛЕ ИХ КОНСУЛЬТАЦИИ**

**ВАЖНО:** в случае когда профессиональная медицинская помощь не доступна и с момента сдавливания прошло больше 10 минут, освобождать конечности следует после наложения жгута.



1. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.
2. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.
3. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.
4. Если у пострадавшего отсутствует дыхание - восстановите проходимость дыхательных путей и начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).
5. *Если пострадавший в сознании:*
  - 5.1. Выполните фиксацию шейного отдела позвоночника.
  - 5.2. Выясните время сдавления части тела.
  - 5.3. Если с момента сдавления прошло менее 10 минут - освободите сдавленную часть тела, но при условии безопасности для Вас и пострадавшего.
  - 5.4. При необходимости обработайте раны, иммобилизируйте поврежденную конечность и выполните другие манипуляции в зависимости от имеющихся повреждений.
  - 5.5. Предоставьте пострадавшему удобное положение.
  - 5.6. При наличии признаков шока - предоставьте пострадавшему противошоковое положение (см. манипуляцию № 12).
  - 5.7. Укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.
  - 5.8. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.
  - 5.9. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.
  - 5.10. Если с момента сдавления прошло более 10 минут - дождитесь прибытия бригады скорой медицинской помощи или предоставляйте помощь после их консультации.
  - 5.11. Поддержите пострадавшего психологически - объясните, что Вы знаете как ему помочь, что скорая медицинская помощь прибьет вскоре и др.
6. *Если пострадавший без сознания, но у него имеется правильное дыхание и Вы не знаете сколько времени прошло с момента сдавливания - считайте, что прошло более 10 минут.*
7. В случае, когда необходимо срочно эвакуировать пострадавшего, но с момента сдавливания прошло более 10 минут и *Вы в состоянии освободить* сдавленную часть тела - перед освобождением наложите жгут (см. манипуляцию № 5, 6).
8. Если Вы эвакуируете пострадавшего, по возможности, делайте это на длинной транспортировочной доске.



## ШОК

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР



ОСТАНОВКА ВНЕШНЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ



противошоковое положение - пострадавший должен  
лежать на спине с поднятыми ногами  
(стопы размещены на уровне носа пострадавшего)



ТЕРМОПОКРЫВАЛО/ОДЕЯЛО



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА  
ПРИ НАЛИЧИИ СОЗНАНИЯ

### ВАЖНО:

необходимо постоянно присутствовать около пострадавшего и контролировать его состояние; при необходимости нужно быть готовым начать проведение сердечно-легочной реанимации.

### 1. Признаки шока у пострадавшего:

- бледная, холодная и влажная кожа;
- слабость;
- беспокойство;
- сухость во рту, жажда;
- частый слабый пульс;
- учащенное дыхание (более 20 вдохов в минуту);
- нарушение сознания.

### 2. Причинами возникновения шока могут быть:

- наружное кровотечение;
- внутреннее кровотечение;
- травмы различного генеза;
- ожоги;
- сердечный приступ.

3. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

4. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.

5. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.

6. Если у пострадавшего отсутствует дыхание - восстановите проходимость дыхательных путей и начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).

7. Устраните причину возникновения шокового состояния: остановите кровотечение, иммобилизуйте перелом, конечность.

### 8. Предоставьте пострадавшему противошоковое положение:

- 8.1. Пострадавший должен находиться в горизонтальном положении.
- 8.2. Подложите под ноги пострадавшего ящик, валик из одежды и др. так, чтобы ступни ног были на уровне подбородка пострадавшего.
- 8.3. Подложите под голову пострадавшего одежду/подушку.
- 8.4. Укройте пострадавшего тепlopokpывалом/одеялом.

9. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра до прибытия скорой медицинской помощи.

10. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.

11. Если Вы эвакуируете пострадавшего, по возможности, делайте это на длинной транспортировочной доске.



## НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

### Общие признаки

- признаки появляются во время приёма пищи
- потерпевший может схватиться за горло.

**Частичная непроходимость:**

- ответ на вопрос: «Вы подавились?» - потерпевший говорит и отвечает «ДА»;
- потерпевший может говорить, кашлять и дышать.

**Полная непроходимость:**

- ответ на вопрос: «Вы подавились?» - потерпевший не может говорить;
- отвечает киванием головы;
- потерпевший не может дышать/дыхание со свистом;
- потеря сознания.

**СТИМУЛИРУЙТЕ КАШЕЛЬ У ПОСТРАДАВШЕГО**

**ЭФФЕКТИВНО?**

**ДА**

При условии удаления инородного тела и возобновления проходимости дыхательных путей наблюдайте за состоянием потерпевшего и при необходимости вызовите скорую медицинскую помощь.

**НЕТ**

**Потерпевший в сознании**

**НЕТ**

**Проводите  
СЛР**

**ДА**

**5 ударов в  
межлопаточной  
области**

**5 толчков в  
эпигастральной  
области**



1. *Обструкция верхних дыхательных путей* инородным телом, как правило, случается во время приема пищи.

*Признаки:* испуганный вид, отсутствие голоса, пострадавший жестами может показывать то, что он подавился.

**Помните:** важно не перепутать это неотложное состояние с потерей сознания, инфарктом миокарда, судоргами или другими состояниями, которые могут привести к внезапному нарушению дыхания, цианозу или потере сознания.

2. *Признаки частичной непроходимости дыхательных путей:* на Ваш вопрос «Вы подавились?» Пострадавший отвечает, среди прочих признаков - может говорить, кашлять, дышать.

3. *Признаки полной непроходимости дыхательных путей:* на Ваш вопрос «Вы подавились?» Пострадавший не может ответить, только кивает головой, не может дышать, хрипит, наблюдаются попытки кашля, возможна потеря сознания.

4. *Если у пострадавшего имеются признаки частичной непроходимости дыхательных путей:*

4.1. Стимулируйте пострадавшего продолжать кашлять.

4.2. В случае, если попытки откашляться оказались удачными - осмотрите пострадавшего, при необходимости вызовите скорую медицинскую помощь.

4.3. Если у пострадавшего появились признаки тяжелой обструкции - немедленно перейдите к предоставлению соответствующей неотложной помощи.

**Помните:** удары по спине, абдоминальные толчки и нажатия грудной клетки могут привести к серьезным осложнениям. Эти методы приемлемы для пострадавших с признаками тяжелой обструкции дыхательных путей.

5. *Если у пострадавшего имеются признаки полной непроходимости дыхательных путей (сознание сохранено):*

5.1. Сделайте пять ударов по спине: станьте сбоку и чуть сзади пострадавшего; поддерживайте грудную клетку одной рукой и наклоните пострадавшего вперед, чтобы при смещении инородного тела оно вышло через рот, а не опустилось глубже в дыхательные пути; нанесите пять резких ударов между лопатками основой ладони другой руки.

5.2. Если пять ударов по спине не уменьшили степень обструкции дыхательных путей - выполните пять абдоминальных толчков (см. манипуляцию № 10): станьте позади пострадавшего и обхватите руками верхнюю часть брюшной полости; наклоните пострадавшего вперед; сожмите Ваш кулак и поместите его между пупком и грудной клеткой; захватите эту руку другой и резко нажмите внутрь и вверх; повторяйте пять раз.

5.3. Если степень обструкции не уменьшилась, поочередно повторяйте пять ударов по спине, и пять абдоминальных толчков.

6. *Если пострадавший теряет сознание:*

6.1. Осторожно уложите его на спину.

6.2. Вызовите скорую помощь и начните СЛР (см. алгоритм № 1).



## МЕСТО ПРОИСШЕСТВИЯ

ПОСЛЕ ПРИБЫТИЯ НА МЕСТО ПРОИСШЕСТВИЯ НЕОБХОДИМО УБЕДИТЬСЯ В ЕГО БЕЗОПАСНОСТИ, ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИЧИНУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИТУАЦИИ;  
ВЫЗВАТЬ МЕДИКОВ И ДРУГИЕ СЛУЖБЫ

ОПРЕДЕЛИТЕ КОЛИЧЕСТВО ПОСТРАДАВШИХ

ПРИ НАЛИЧИИ НЕСКОЛЬКИХ ПОСТРАДАВШИХ НЕОБХОДИМО  
ОПРЕДЕЛИТЬ ОЧЕРЕДНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ИМ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

НЕТ НЕОБХОДИМОСТИ В ОКАЗАНИИ  
ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

ПОСТРАДАВШИЕ НУЖДАЮТСЯ  
В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

ЭВАКУАЦИЯ

ОКАЗАТЬ ЭКСТРЕННУЮ ПОМОЩЬ В  
СООТВЕТСТВИИ С  
НЕОБХОДИМОСТЬЮ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
ПОДДЕРЖКА

Обеспечить свободный доступ к месту происшествия спасателей, медиков (обеспечить подъездные пути), организовать охрану. Вместе с другими службами и/или волонтерами оказать необходимую помощь медикам при оказании экстренной медицинской помощи.

1. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшим. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

2. Сообщите скорой медицинской помощи и другим службам о возникновении чрезвычайной ситуации, четко опишите ситуацию и место происшествия.

3. Определите количество пострадавших, при необходимости используйте помощь окружающих лиц, свидетелей.

4. Если пострадавших несколько, и они не требуют предоставления экстренной медицинской помощи:

4.1. Эвакуируйте пострадавших с места происшествия в безопасное место.

4.2. Не оставляйте пострадавших без присмотра до приезда медиков или спасателей.

4.3. Окажите пострадавшим психологическую поддержку.

5. Если пострадавших несколько и часть из них требует предоставления экстренной медицинской помощи:

5.1. Громко спросите: «Кто может ходить?»

5.2. Выведите пострадавших, которые могут ходить, в безопасное место.

5.3. По возможности, попросите кого-то из свидетелей или другое лицо остаться с пострадавшими.

5.4. Вернитесь на место происшествия, окажите помощь пострадавшим, которые в ней нуждаются:

– в первую очередь сосредоточьтесь на остановке кровотечений;

– наложите всем пострадавшим шейные воротники, иммобилизуйте переломы конечностей.

5.5. Привлекайте к оказанию экстренной медицинской помощи окружающих лиц, свидетелей происшествия.

5.6. Если есть возможность – эвакуируйте пострадавших на длинных транспортировочных досках с места происшествия.

5.7. Следите за состоянием пострадавших до прибытия бригад скорой медицинской помощи.

6. После прибытия медиков и спасателей предоставьте им полную информацию о пострадавших и объеме оказанной помощи.



## ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ НЕИЗВЕСТНЫМ ВЕЩЕСТВОМ





Острое отравление вызывается попаданием токсичного вещества в организм.

1. *Токсичные вещества могут попасть в организм следующими путями:*

- через желудочно-кишечный тракт: при употреблении в пищу или при контакте ядовитых веществ со слизистой полости рта (лекарства, прижигающие вещества, моющие средства, пестициды, грибы, растения и др. разнообразные химические вещества);

- через дыхательные пути: вдыхание ядовитых газов, паров и аэрозолей (угарный газ; окись азота; пары хлора, аммиака, клея, красителей, органических растворителей и др.);

- через кожу и слизистые оболочки: при попадании на кожу и в глаза ядовитых веществ в виде жидкости, аэрозоля (растворители, пестициды и др.);

- вследствие инъекций: укусы насекомых, животных или змей. Во время инъекционного введения лекарств или наркотических веществ.

2. *Симптомы, которые могут указывать на острое отравление:*

- ощущение "песка"/резь в глазах, светобоязнь;

- ожоги на губах, языке или коже;

- боль во рту, горле, груди или животе, которая усиливается при глотании/дыхании;

- повышенное слюноотделение, тошнота, рвота (со специфическим запахом, остатками ядовитых веществ, кровью);

- нарушение дыхания (одышка, шумное дыхание, изменение тембра голоса, кашель);

- потливость, диарея, необычное поведение пострадавшего (возбуждение, бред);

- мышечные подергивания, судороги, потеря сознания, необычный цвет кожи (бледная, малиновая, синюшная).

3. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

**Помните:** при осмотре места происшествия необходимо обратить внимание на признаки, которые могут свидетельствовать об остром отравлении: неприятный резкий запах, пламя, дым, открытые/опрокинутые емкости, емкости из-под лекарств и алкогольных напитков, открытая аптечка, использованные шприцы и др.

4. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.

5. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую меди-

цинскую помощь.

6. Если у пострадавшего отсутствует дыхание - восстановите проходимость дыхательных путей и начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).

**Помните:** из-за опасности вторичного поражения ядовитым веществом от пострадавшего, при проведении СЛР необходимо использовать ручной дыхательный мешок или дыхательные маски. *При отсутствии защитных средств - проводите только нажатия грудной клетки!*

7. Если пострадавший без сознания, но у него сохранено нормальное дыхание - переведите пострадавшего в стабильное положение (см. манипуляцию № 4). Не оставляйте пострадавшего без присмотра до прибытия скорой медицинской помощи.

8. Если пострадавший в сознании, и известно, что яд был принят перорально (через рот) - необходимо промыть желудок «ресторанным» или рвотным методом до получения чистых промывных вод. Взрослому необходимо выпить 500 - 700 мл (2 - 3 стакана) чистой, холодной (18°C) воды, детям - 5 мл/кг, затем необходимо вызвать рвоту; повторять промывание до получения чистых промывных вод.

9. После промывания желудка необходимо дать пострадавшему энтеросорбент (взрослым - до 50 гр активированного угля или соответствующие дозы других энтеросорбентов) и слабительное (взрослым - 50 мл вазелинового масла).

**Помните:** при отравлении прижигающими веществами (например, бензином) и нарушении или отсутствии сознания - *запрещается вызывать рвоту у пострадавшего.*

10. При попадании ядовитого вещества в глаза или на кожу, не нужно тратить время на определение действующего вещества, необходимо промыть пораженный участок большим количеством чистой, холодной (18° С) воды. При наличии химических ожогов, после промывки их водой, необходимо наложить стерильную повязку на ожог.

11. Никогда не оставляйте пострадавшего без присмотра.

12. До прибытия скорой медицинской помощи периодически проверяйте состояние пострадавшего.

13. Если Вы эвакуируете пострадавшего, по возможности делайте это на длинной транспортировочной доске.

**Помните:** по возможности пользуйтесь средствами защиты органов дыхания (противогаз, фильтрующий противогаз, респиратор, ватно-марлевая повязка) и кожи.

1. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте психологическую помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.
2. Успокойте пострадавшего, скажите, что Вы пришли, чтобы оказать помощь, что будете рядом и не оставите его до приезда скорой медицинской помощи.
3. При возможности выведите пострадавшего за пределы места происшествия и изолируйте его от избыточного внимания окружающих.
4. Постоянно поддерживайте визуальный контакт с пострадавшим.
5. Общайтесь с пострадавшим спокойно; адекватно оценивайте его пожелания и действия.
6. При разговоре с пострадавшим ни в коем случае не вините его, избегайте фраз, которые могут вызвать чувство вины у пострадавшего.
7. Отвлекайте его от негативных мыслей и намерений.
8. Объясните пострадавшему, что необходимая помощь будет оказана своевременно и профессионально.
9. Если Вы не в состоянии постоянно находиться возле пострадавшего, попросите одного из окружающих лиц или свидетелей происшествия остаться рядом с пострадавшим, кратко объяснив правила оказания психологической помощи.

*Наиболее характерные признаки психологических расстройств:*

- потеря физической силы;
- бессмысленное и хаотичное двигательное беспокойство;
- ощущение усталости и нереальности;
- эмоциональная отдаленность от окружающих, родных;
- чувство вины;
- враждебные действия к окружающим.



## ОЖОГИ





*Ожог* - повреждение тканей, возникающее от местного теплового (термического), химического, электрического или радиационного воздействия. *Чаще всего встречаются термические ожоги.*

*1. Различают четыре степени ожогов:*

*I степень* (эритема) - покраснение кожи, отечность и боль.

*II степень* (образование пузырей) - сильная боль с интенсивным покраснением, отслойкой эпидермиса и образованием пузырей, наполненных прозрачной или мутной жидкостью.

*III степень*: некроз всей толщи кожи с образованием плотного струпа, под которым находятся поврежденные ткани.

*IV степень* (обугливание) - возникает при воздействии на ткани очень высоких температур (пламя, расплавленный металл и др.) при пожарах, авариях на автотранспорте (ДТП), несчастных случаях на шахтах; результат таких ожогов - повреждение мышц, сухожилий и костей.

2. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

3. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.

4. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.

5. Если у пострадавшего отсутствует дыхание - восстановите проходимость дыхательных путей и начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).

*6. Если у пострадавшего ожог первой/второй степени:*

6.1. Охладите место ожога холодной, но не ледяной водой; никогда не используйте лед.

6.2. После охлаждения накройте поврежденный участок тела чистой влажной салфеткой.

**Помните: не прокалывайте пузыри** - целостность кожи защищает от проникновения инфекции; если пузыри разорвались - обработайте пораженную поверхность: промойте водой с мылом и наложите стерильную повязку.

*7. Если у пострадавшего ожог третьей/четвертой степени:*

7.1. Следите за проходимость дыхательных путей; ожоги вокруг рта и носа могут указывать на повреждение верхних дыхательных путей и легких; в этом случае - постоянно наблюдайте за дыханием!

7.2. Разместите на обожженной поверхности влажную повязку; следите, чтобы она оставалась холодной (периодически поливайте ее водой).

7.3. При наличии признаков шока - предоставьте пострадавшему противошоковое положение (см. манипуляцию № 12).



## ОТМОРОЖЕНИЯ



### Алгоритм №19 Отморожения

*Возможные причины отморожения:* длительное воздействие холода, ветра, повышенной влажности, тесной или мокрой обуви, неподвижного положения; неудовлетворительное общее состояние пострадавшего (болезнь, истощение, алкогольное опьянение, кровопотеря и др.).

*Различают четыре степени отморожений:*

*I степень* - кожа пострадавшего бледного цвета, незначительно отечна, чувствительность снижена или полностью отсутствует.

*II степень* - в области отморожения образуются пузыри, наполненные прозрачной или белой жидкостью; характерны лихорадка и озноб.

*III степень* - омертвление кожи: появляются пузыри, наполненные жидкостью темно-красного или темно-бурого цвета; вокруг омертвевшего участка развивается воспалительный вал (демаркационная линия); характерно развитие интоксикации - озноб, потливость, значительное ухудшение самочувствия, апатия.

*IV степень* - появление пузырей, наполненных черной жидкостью. У пострадавшего имеются признаки шока.

1. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

2. Проведите осмотр пострадавшего, определите наличие сознания, дыхания.

3. Попросите кого-нибудь или самостоятельно вызовите скорую медицинскую помощь.

4. Если у пострадавшего отсутствует дыхание - восстановите проходимость дыхательных путей и начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).

5. По возможности устраните действие холода - снимите мокрую одежду, перенесите пострадавшего в теплое помещение.

**Помните:** обувь и одежду необходимо снимать осторожно, без усилий, чтобы не повредить пораженные участки тела (лучше разрезать обувь/одежду ножницами).

6. Если пострадавший в сознании - согрейте его: актуальным будет общее согревание пострадавшего (горячий кофе, чай, молоко); при отморожении I степени и отморожении отдельных участков тела (нос, уши) согревание можно осуществить с помощью тепла рук того, кто оказывает помощь или грелок.

**Помните:** воздерживайтесь от интенсивного растирания и массажа отмороженной части тела: это может привести к травме сосудов, что увеличит опасность их тромбоза и тем самым увеличит глубину повреждения тканей.

7. Наложите на переохлажденный участок чистую повязку.

8. Важно обеспечить неподвижность переохлажденных пальцев кистей и стоп - при необходимости выполните иммобилизацию с помощью импровизированных или стандартных шин.

9. Если пострадавший без сознания, но у него сохранено нормальное дыхание - переведите пострадавшего в стабильное положение (см. манипуляцию № 4). Укройте пострадавшего термопокрывалом/одеялом.

10. Не оставляйте пострадавшего без присмотра до приезда скорой медицинской помощи.





## УТОПЛЕНИЕ





1. Убедитесь в безопасности места происшествия и только после этого предоставляйте помощь пострадавшему. Если место опасное - дождитесь прибытия спасателей.

2. Если утопающий в сознании - бросьте ему спасательное средство (спасательный круг, мяч и другое).

3. Если Вы подплываете к утопающему, пользуйтесь спасательным жилетом или другими средствами, которые позволят Вам держаться на воде (спасательный круг, надувной матрас и др.). Подплывайте к утопающему со спины. При приближении к утопающему попросите его успокоиться и объясните, что Вы в состоянии ему помочь.

4. Если утопающий без сознания и находится в воде, переверните его на спину и проверьте дыхание:

4.1. Если пострадавший дышит - как можно быстрее транспортируйте его к берегу. Для извлечения его из воды, при возможности, используйте 2-3 человека. На берегу: проверьте дыхание, позвоните 103 (112), переведите его в стабильное положение (см. манипуляцию №4) и укройте термопокрывалом/одеялом.

4.2. Если пострадавший не дышит - искусственное дыхание может проводиться непосредственно в воде при условии восстановления проходимости дыхательных путей пострадавшего и безопасности спасателя.

4.3. Если у пострадавшего, находящегося в воде, после восстановления проходимости дыхательных путей дыхание отсутствует - необходимо в течение 1 мин. проводить спасательные вдохи (10 вдохов). Если после этого пострадавший не дышит сам, следующие действия спасателя зависят от расстояния до берега. Если можно доплыть до берега быстрее, чем за 5 мин. - необходимо продолжать искусственное дыхание при приближении к берегу. Если это время превышает 5 мин. - проводите искусственное дыхание в течение следующей минуты, а затем плывите к берегу без выполнения искусственного дыхания. *Нажатия грудной клетки в воде неэффективны.*

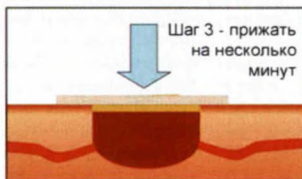
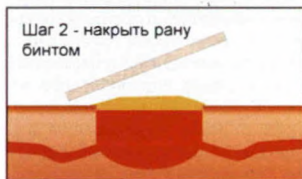
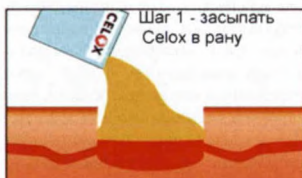
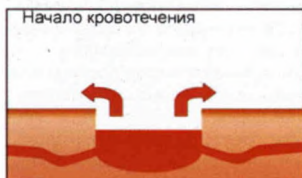
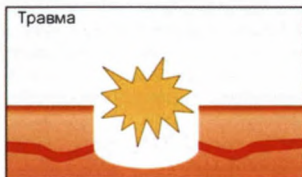
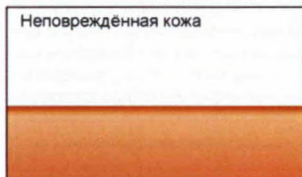
5. Нет необходимости очищать дыхательные пути от воды - в легкие попадает незначительное количество воды, которая быстро проникает в систему кровообращения. Не выполняйте нажатия на живот, *не переворачивайте пострадавшего вниз головой для устранения воды из легких.* При отсутствии дыхания немедленно начните проведение СЛР (см. алгоритм № 1).

6. Если доступен АНД, наклейте электроды (осушите кожу грудной клетки перед наклеиванием электродов) и включите прибор. Дефибрилляцию проводите согласно голосовым командам АНД. Если у пострадавшего гипотермия с температурой тела ниже 30°C - ограничьте количество дефибрилляций до трех. Следующие попытки проводите после повышения температуры тела выше 30°C.

7. Рвота часто наступает при выполнении СЛР у утопающих. При этом необходимо отклонить голову пострадавшего набок и удалить рвотные массы из полости рта. Если подозревается травма шейного отдела позвоночника, необходимо повернуть пострадавшего на бок, удерживая голову, шею и туловище на одной линии. Для выполнения этой процедуры необходимо несколько спасателей.

# CELOX<sup>™</sup>

## ОСТАНАВЛИВАЕТ КРОВОТЕЧЕНИЯ СПАСАЕТ ЖИЗНЬ



ООО "Боди Шейп"  
официальный дистрибьютор Celox в Украине  
Украина, Киев, ул. Голосеевская, 7корп. 3  
тел. (044) 353-44-08  
моб. (067) 468-66-22  
info@bodyshape.com.ua  
www.bodyshape.com.ua  
www.celox.com.ua

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

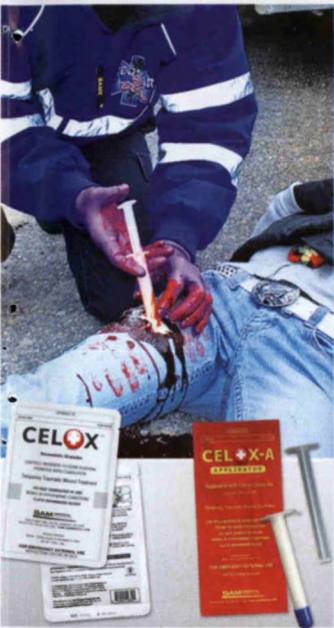
Моментальная остановка жизнеоопасных кровоточений

# CELOX™

Целокс

инновационное средство!

## ОСТАНАВЛИВАЕТ КРОВОТЕЧЕНИЕ СПАСАЕТ ЖИЗНЬ



При авариях, бытовом и производственном травматизме ЦЕЛОКС может спасти вашу жизнь.

Останавливает обильные кровотечения, дает возможность транспортировать больного в медицинское учреждение (медучреждения) в течение суток без потери крови.

Данное средство незаменимо при авариях на транспорте, травмах в быту и на производстве. Наиболее актуально при детском травматизме и длительном времени ожидания медицинской помощи при обильных кровотечениях.

ЦЕЛОКС эффективен при любых видах кровотечений, работает независимо от факторов свертывания крови, в любых температурных условиях.

С успехом апробирован в боевых действиях в Ираке, Афганистане и других горячих точках. ЦЕЛОКС взят на вооружение армиями, полицией, спасателями США, стран Европы, НАТО.

**(044) 353-44-08**  
**(067) 468-66-22**

Целокс. Свидетельство о гос. регистрации в Украине  
№ 7991/2008 от 08.08.2008  
Сделано в Великобритании. Срок хранения 3 года

### WWW.CELOX.COM.UA

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ  
ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я



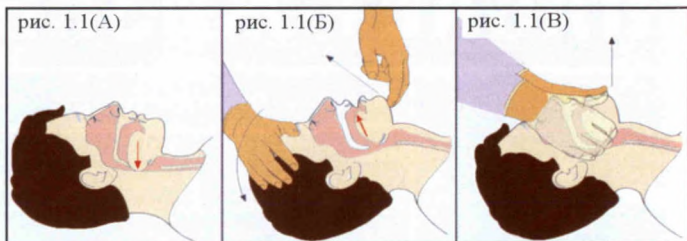


# МАНИПУЛЯЦИИ

## Манипуляция №1

Восстановление проходимости верхних дыхательных путей, проверка наличия дыхания

1. Закиньте голову и приподнимите подбородок - язык поднимается, что дает возможность воздуху свободно поступать в легкие (рис. 1.1(А) - 1.1(Б)).



1.1. При подозрении на травму в шейном отделе позвоночника - используйте метод выдвижения нижней челюсти (рис. 1.1(В)).



2. Для определения наличия дыхания - наклоните голову к лицу пострадавшего так, чтобы боковым зрением Вы видели его грудную клетку. В течение 10 секунд Вам необходимо увидеть движения грудной клетки, ухом услышать дыхательные шумы, кожей щеки почувствовать движение воздуха при дыхании (рис. 1.2).



## Проведение нажатий на грудную клетку и искусственного дыхания при сердечно-легочной реанимации

1. Станьте на колени сбоку от пострадавшего. Определите точку нажатия (рис. 2.1). Разместите руки, сложенные в замок, на грудной клетке пострадавшего (рис.2.2). Выполните 30 нажатий(рис. 2.3).

2. После 30 нажатий - восстановите проходимость дыхательных путей, зажмите ноздри пострадавшего одной рукой, плотно обхватите губами рот пострадавшего, сделайте равномерный выдох (как при обычном дыхании), одновременно следя за движением его грудной клетки. После возвращения грудной клетки в исходное положение, сразу выполните второй выдох (рис.2.4).

рис. 2.1



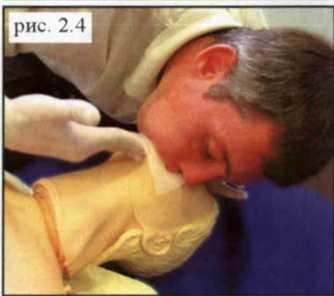
рис. 2.2



рис. 2.3



рис. 2.4



3. Сразу после выполнения двух вдохов необходимо продолжить нажатия на грудную клетку.

# Манипуляция №3

## Использование автоматического наружного дефибрилятора (АНД)

1. Откройте крышку АНД. Как правило, сразу после этого, аппарат включается самостоятельно, если нет - нажмите кнопку, чтобы его включить (рис. 3.1).

рис. 3.1



рис. 3.2



рис. 3.3



рис. 3.4



2. После включения - придерживайтесь голосовых команд АНД:

- 2.1. Наклейте электроды на грудную клетку пострадавшего (рис. 3.2).
- 2.2. Никто не должен касаться пострадавшего (рис. 3.3).
- 2.2. Подождите, пока аппарат осуществит анализ ритма.
- 2.3. При необходимости нажмите на кнопку разряда для проведения дефибрилляции (рис. 3.4).
3. Сразу после выполнения дефибрилляции начните проведение СЛР.
4. Через две минуты дефибрилятор автоматически проведет повторный анализ ритма у пострадавшего - действуйте в соответствии с его голосовыми командами.

1. Руку пострадавшего, которая находится ближе к Вам, расположите вдоль туловища (рис. 4.1).

2. Дальнюю от Вас руку согните в локтевом суставе и заведите тыльную сторону ладони под противоположную щеку пострадавшего (рис. 4.2).

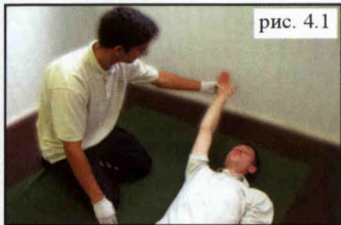


рис. 4.1



рис. 4.2

3. Согните дальнюю от Вас ногу пострадавшего в коленном суставе под прямым углом (рис. 4.3).

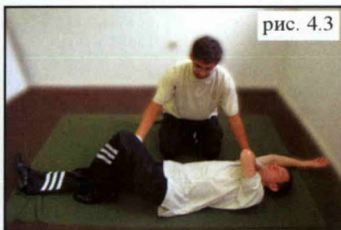


рис. 4.3



рис. 4.4

4. Прижимая ладонь пострадавшего к щеке (фиксация головы и шеи), другой рукой (за согнутое колено) поверните пострадавшего на бок, лицом к себе (рис. 4.4).

5. В позиции на боку разместите согнутую в колене ногу пострадавшего под прямым углом к туловищу (рис. 4.5).



рис. 4.5

6. Следите за проходимость дыхательных путей пострадавшего.



# Манипуляция №5

## Наложение жгута (стандартного)



рис. 5.1



рис. 5.2



рис. 5.3



рис. 5.4

1. Если есть возможность - наложите на рану конечности стерильную салфетку и прижмите рану рукой для уменьшения кровотечения.

2. Место наложения жгута оберните тканью (рис. 5.1).

3. Жгут следует накладывать выше раны (на бедро или плечо).

4. Первым циркулярным туром жгута осуществите максимальное давление до остановки кровотечения (рис. 5.2).

5. Зафиксируйте жгут (рис. 5.3).

6. Запишите время наложения жгута (рис. 5.4).

7. Наложение жгута препятствует поступлению крови к пораженной конечности, что может вызвать ее омертвление. Поэтому, через каждые 30 минут, ослабляйте жгут на 5 минут, при этом крепко прижимая место раны рукой.



1. Если есть возможность - наложите на рану конечности стерильную салфетку и прижмите рану рукой для уменьшения кровотечения.

2. Место наложения жгута (импровизированного) оберните тканью.

3. Жгут следует накладывать выше раны (на бедро или плечо).

4. На ткани циркулярно разместите две плотные веревки, завязав каждую из них не менее чем на два узла (рис. 6.1).

5. Разместите под веревкой, которая находится ближе к ране, предмет (ручка, ножницы и др.) и закручивайте ним веревку до остановки кровотечения (рис.6.2).

6. Зафиксируйте предмет с помощью веревки, расположенной сверху (рис. 6.3).

7. Запишите время наложения жгута (рис. 6.4).

8. Наложение жгута препятствует поступлению крови к пораженной конечности, что может вызвать ее омертвление. Поэтому, через каждые 30 минут, ослабляйте жгут на 5 минут, крепко прижимая место раны рукой.



рис. 6.1



рис. 6.2



рис. 6.3



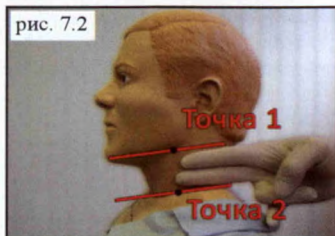
рис. 6.4

**ЗАПИШИТЕ ВРЕМЯ  
НАЛОЖЕНИЯ!**

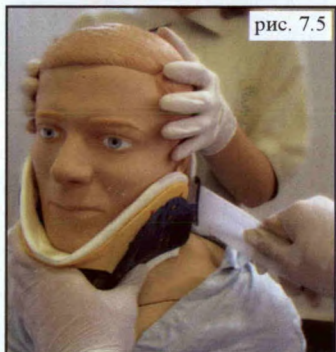
# Манипуляция №7

## Наложение шейного воротника

1. Зафиксируйте голову пострадавшего руками (рис. 7.1).



2. Определите необходимый размер воротника, измерив расстояние между углом нижней челюсти и надплечьем пострадавшего; определите такое же расстояние между соответствующими точками на воротнике (рис. 7.2 - 7.3).



3. Разместите воротник на передней поверхности шеи пострадавшего, подведя его анатомический изгиб под подбородок (рис. 7.4).

4. Зафиксируйте воротник с помощью липучки (рис. 7.5).

1. Зафиксируйте шейный отдел позвоночника (манипуляция № 7).



рис. 8.1



рис. 8.2

2. Перемещение пострадавшего на длинную транспортировочную доску проводится по одной команде, по принципу «как одно целое» (рис. 8.1 - 8.4).



рис. 8.3



рис. 8.4

3. Зафиксируйте пострадавшего (голову, туловище, ноги) на длинной транспортировочной доске с помощью ремней (рис. 8.5 - 8.6).



рис. 8.5



рис. 8.6

# Манипуляция №9

## Наложение бинтовых повязок

1. Пострадавший должен лежать или сидеть так, чтобы часть тела, которая бинтуется, была неподвижной и доступной для наложения повязки.



рис. 9.1



рис. 9.2

2. Бинтование начинайте с формирования «замка» (рис. 9.1 - 9.4).



рис. 9.3



рис. 9.4

3. Бинтовать следует от периферии к центру (снизу - вверх), слева на право (по часовой стрелке) (рис. 9.5).



рис. 9.5

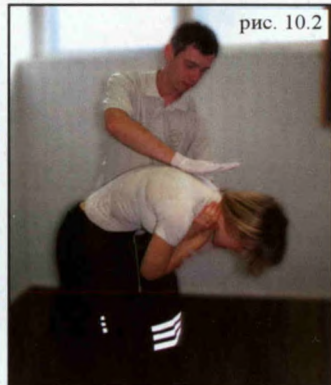
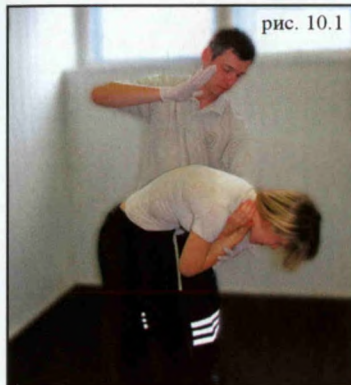
4. Каждый последующий тур бинта должен перекрывать предыдущий не менее чем на половину.



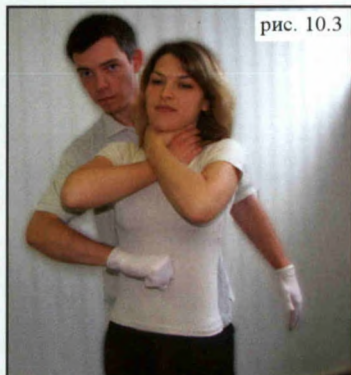
# Манипуляция №10

## Прием Хеймлика

1. Попросите пострадавшего максимально наклониться вперед (при возможности туловище должно быть наклонено не менее чем на 90°).



2. Нанесите пять резких, скользящих толчков между лопатками пострадавшего основанием ладони (рис. 10.1 - 10.2).



3. Если не удалось восстановить проходимость дыхательных путей - выполните пять абдоминальных толчков:

рис. 10.5

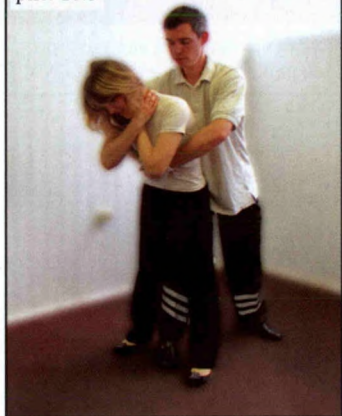


рис. 10.6



- 3.1. Станьте позади пострадавшего.
- 3.2. Ладонь сожмите в кулак, разместите его по середине между пупком и грудиной пострадавшего (рис. 10.3).
- 3.3. Захватите кулак другой рукой и выполните пять толчков, направленных внутрь и вверх (рис. 10.4 - 10.6).
4. При необходимости повторите действия описанные в пункте 2 и 3 несколько раз.

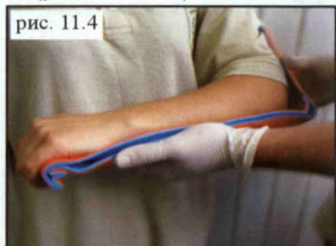
1. Подберите необходимый размер шины (рис. 11.1 - 11.2).



2. Придайте шине желобоподобную форму (рис. 11.3).



3. Разместите поврежденную конечность на шине и зафиксируйте ее с помощью бинта выше и ниже перелома (рис. 11.4 - 11.5).



Всегда необходимо проводить фиксацию двух суставов: выше и ниже места перелома.

4. По возможности, зафиксируйте поврежденную конечность с помощью косыночной повязки (рис. 11.6).

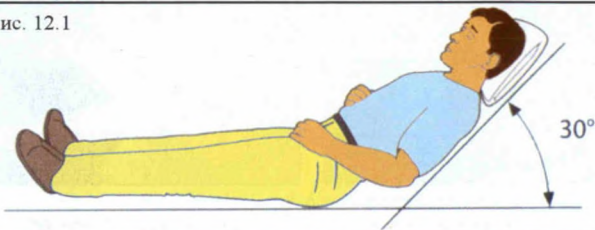
# Манипуляция №12

## Положение больного/пострадавшего

1. Приподнятое положение головной части тела на  $30^\circ$ .

Используется у пострадавших, с подозрением на черепно-мозговую травму. Голова фиксируется в нейтральном положении (рис. 12.1).

рис. 12.1



2. Положение с опущенной головной частью тела (противошоковое положение).

Используется при тяжелой травме позвоночника, таза, нижних конечностей и при массивном кровотечении (рис. 12.2).

рис. 12.2

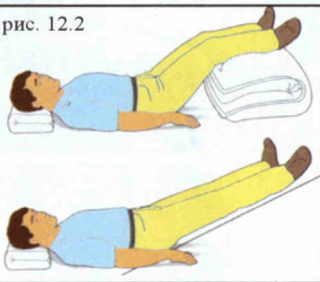
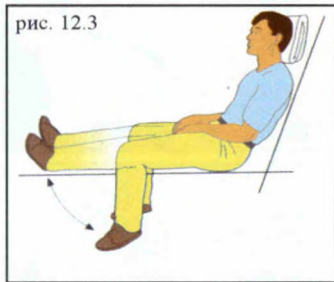


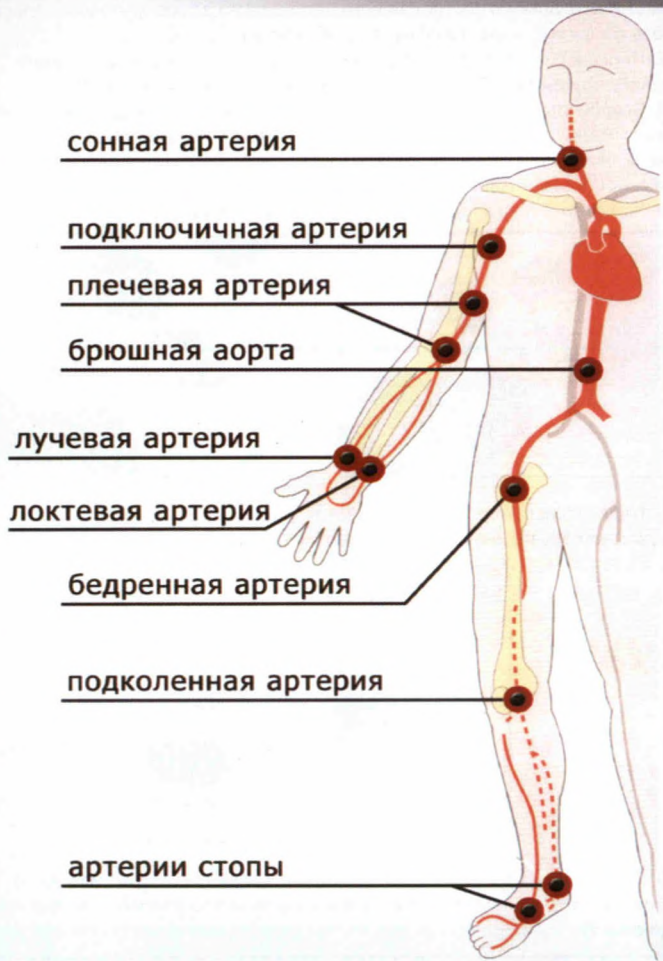
рис. 12.3



3. Положение с приподнятой головной частью тела (полусидячее положение).

Используется при травме грудной клетки, бронхиальной астме и др. Эффект можно усилить за счет опущения ног (рис. 12.3).





# Манипуляция №14

## Снятия шлема у мотоциклиста

1. Снимать шлем с пострадавшего необходимо вдвоем - первый спасатель фиксирует шею и голову, второй снимает шлем.

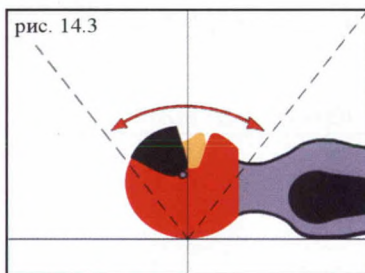
2. Первый спасатель фиксирует голову в затылочной области одной рукой, другой рукой - удерживает нижнюю челюсть (рис. 14.2).

3. Второй спасатель расстегивает или разрезает ремень шлема, затем максимально растягивая боковые части шлема, полуоборотными движениями вокруг точки фиксации (точка соприкосновения шлема с поверхностью) снимает его (рис. 14.1; 14.3).

4. Категорически запрещается тянуть шлем вверх!



5. Первый спасатель, в момент снятия шлема, должен надежно фиксировать голову и шею пострадавшего.



6. После снятия шлема второй спасатель фиксирует голову и шею пострадавшего, а первый - накладывает шейный воротник (см. манипуляцию № 7).

## Эвакуация пострадавшего из автомобиля

1. Наложите пострадавшему шейный воротник (см. манипуляцию № 7).



2. При необходимости зафиксируйте грудной отдел позвоночника (рис.15.1; 15.2).

3. Переместите пострадавшего на длинную транспортировочную



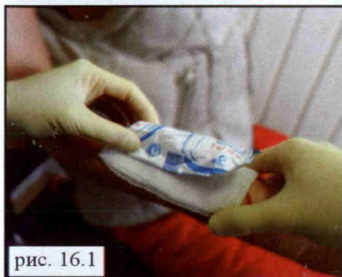
доску (см. манипуляцию № 8) или твердую ровную поверхность.

4. В случае отсутствия иммобилизационных средств - используйте метод ручной фиксации шейного отдела позвоночника (рис. 15.3; 15.4).

# Манипуляция №16

## Наложение давящей повязки

1. Накройте рану стерильной салфеткой, поверх которой расположите давящий элемент (неразвернутый бинт и др.) (рис. 16.1).



2. Наложите циркулярную повязку, осуществляя максимальное давление на рану (рис. 16.2 - 16.4).

*Схема давящей повязки и расположения давящего элемента (рис. 16.5).*





1. Пострадавший должен лежать или сидеть так, чтобы часть тела, которая бинтуется, была неподвижной и доступной для наложения повязки.

2. Расположите поврежденную конечность на косынке. Заворачивая концы косынки, формируйте повязку (рис. 17.1 - 17.5).



# Манипуляция №18

## Наложение повязки при наличии инородного тела в ране

1. Ни в коем случае не извлекайте из раны инородное тело!  
Это может усилить и/или возобновить кровотечение.

2. Аккуратно оберните инородное тело стерильной салфеткой (рис. 18.1).



рис. 18.1

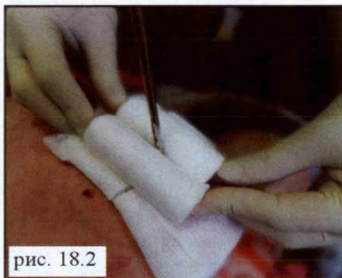


рис. 18.2

3. Зафиксируйте инородное тело с помощью двух марлевых/бинтовых валиков (рис. 18.2).



рис. 18.3



рис. 18.4

4. Наложите фиксирующую повязку на рану не смещая инородного тела (рис. 18.3; 18.4).

1. Разрежьте одежду, которая мешает проведению манипуляции (рис. 19.1).
2. Накройте внутренние органы, находящиеся в ране, стерильной салфеткой, по возможности смочив ее стерильным физиологическим раствором (рис. 19.2; 19.3).



3. Аккуратно зафиксируйте салфетку не оказывая давления на рану, например, при помощи лейкопластыря (рис. 19.4).



- Ни в коем случае не пытайтесь вправить внутренние органы, находящиеся в ране, в брюшную полость!
- Не заливайте в рану раствор йода или спирт - достаточно наложить стерильную салфетку!
- Не забывайте о собственной безопасности: оказывайте помощь в резиновых перчатках!

## Манипуляция №20

### Проведение ИВЛ с помощью дыхательной маски

1. Правильно расположите дыхательную маску - узкая часть маски должна плотно покрывать нос пострадавшего, широкая - ротовую полость (рис. 20.1; 20.2).

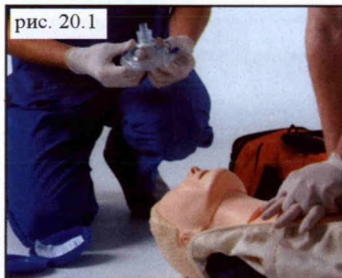


рис. 20.1

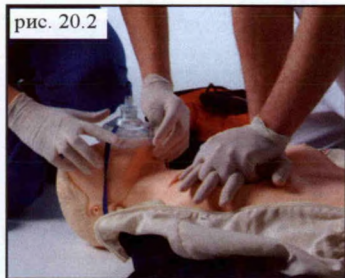


рис. 20.2

2. Большим и указательным пальцами удерживайте маску на лице, другими - поддерживайте подбородок пострадавшего (рис. 20.3).

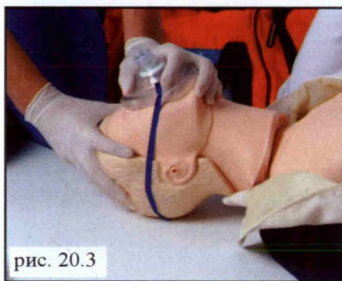


рис. 20.3



рис. 20.4

3. Выполните два вдоха и продолжайте проведение СЛР (рис. 20.4).



1. Аккуратно, не касаясь кожи, снимите перчатку, выворачивая ее во внутрь (рис. 21.2).



2. Снимите другую перчатку, также выворачивая ее во внутрь (рис. 21.3).

3. Загрязненные перчатки вложите в пакет (рис. 21.4).



4. В случае загрязнения кожи рук - обработайте руки антисептиком и обратитесь за консультацией к врачу.

# Пентрокс®

метоксифлуран

Потужний інгаляційний ненаркотичний  
анальгетик швидкої дії (6 – 10 вдихань)

**швидке подолання болю**



ТОВ "Ревмофарм" ексклюзивний  
дистрибутор Пентрокс® в Україні  
02148, м. Київ,  
вул. В.Верховинця, 12, офіс 108  
т/ф: +380 (44) 498 90 14  
[www.r-pharm.com.ua](http://www.r-pharm.com.ua)  
[sbyt@r-pharm.com.ua](mailto:sbyt@r-pharm.com.ua)



САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

# Застосування дихального анальгетика



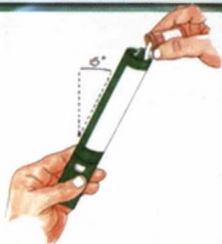
1. Нахиліть інгалятор Пентрокс® і повільно вилийте вміст флакона (3 мл) в основу інгалятора, повільно його обертаючи.

2. Вдих і видих проводьте через інгалятор Пентрокс®.  
Для одержання більш високих концентрацій слід закрити вентиляційний отвір пальцем (при видиху відкривати).

3. Знеболення починається після 6-8 глибоких не форсованих вдихів.

4. Після використання помістіть флакон та інгалятор у пакет та підготуйте його до утилізації.

5. Добова доза Пентрокс® - два флакони по 3мл;  
тижнева - п'ять флаконів по 3мл.



САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

## Приложение 1

**Рекомендуемый перечень средств медицинского назначения для оказания экстренной медицинской помощи немедицинскими специалистами**

### **1. Проведение сердечно-легочной реанимации:**

- 1.1. Автоматический наружный дефибриллятор.
- 1.2. Маска клапан.
- 1.3. Дыхательная маска.
- 1.4. Воздуховод.
- 1.5. Перчатки резиновые.

### **2. Остановка кровотечения:**

- 2.1. Жгут для остановки кровотечения.
- 2.2. Пакет перевязочный стерильный.
- 2.3. Лейкопластырь.
- 2.4. Гемостатическое средство.
- 2.5. Бинт стерильный марлевый.
- 2.6. Бинт эластичный.
- 2.7. Салфетки стерильные.
- 2.8. Перчатки резиновые.

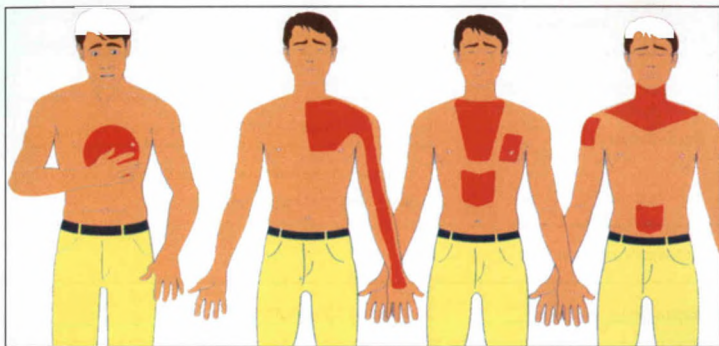
### **3. Иммобилизация переломов, вывихов:**

- 3.1. Шины эластичные тип: "Sam Splint":
  - для верхних конечностей;
  - для нижних конечностей.
- 3.2. Косинка медицинская.
- 3.3. Бинт эластичный.
- 3.4. Булавки английские.
- 3.5. Воротник универсальный для фиксации шейного отдела позвоночника у взрослых.
- 3.6. Воротник универсальный для фиксации шейного отдела позвоночника у детей.
- 3.7. Длинная транспортировочная доска.

### **4. Другие средства:**

- 4.1. Ножницы парамедицинские.
- 4.2. Гипотермический портативный пакет-контейнер.
- 4.3. Термопокрывало.
- 4.4. Тесьма/бичевка.
- 4.5. Блокнот.
- 4.6. Шариковая ручка/маркер.
- 4.7. Полиэтиленовый пакет с застежкой.
- 4.8. Фонарик с комплектом батареек.
- 4.9. Дыхательный анальгетик.
- 4.10. Антисептический раствор.





Изменение последовательности  
**А-В-С** на **С-А-В**

В большинстве рекомендаций по проведению СЛР ранее была указана последовательность действий **А-В-С** (*освобождение дыхательных путей, искусственное дыхание, нажатие грудной клетки*). Согласно современным рекомендациям 2010 года (АНА (Американская Ассоциация сердечных заболеваний) и ERC (Европейский Совет реанимации)) вышеуказанная последовательность была изменена на последовательность **С-А-В** (*нажатие грудной клетки, освобождение дыхательных путей, искусственное дыхание*).

Изменение последовательности проведения СЛР произошло в связи с приоритетом выполнения нажатий грудной клетки и дефибрилляции.

При использовании последовательности **С-А-В** нажатия грудной клетки будут начинаться раньше, а искусственное дыхание будет выполняться с минимальной задержкой и большей эффективностью.

Элемент	Рекомендации
Распознание	Без сознания
	Не дышит или дышит неправильно
	Пульс не определяется в течение 10 секунд (только для медицинского персонала)
Последовательность СЛР	<b>С-А-В</b>
Частота нажатий	Не менее 100 нажатий в минуту
Глубина нажатий	Не менее 5 см
Интервалы между нажатиями	Интервалы между сжатиями грудной клетки должны быть минимальными. Старайтесь, чтобы интервалы не превышали 10 секунд
Дыхательные пути	Запрокидывание головы и поднятие подбородка (при подозрении на травму — выдвигание челюсти)
Соотношение «нажатия-вдохи»	<b>30:2</b> Независимо от количества спасателей
Искусственное дыхание: если спасатель не обучен или не имеет возможности выполнения	Только нажатия грудной клетки
Дефибрилляция	<b>Как можно скорее наложите и используйте АНД.</b> Сократите перерывы между нажатиями на грудную клетку. Продолжайте нажатия после выполнения каждого розряда.

## Список условных сокращений

АНД - Автоматический наружный дефибриллятор  
ДТП - дорожно-транспортное происшествие  
ИВЛ - искусственная вентиляция легких  
СЛР - сердечно-легочная реанимация  
СМП - Скорая медицинская помощь

## ЛИТЕРАТУРА

1. Говенко А.В. та співавт. Інтенсивна терапія гострих отруень: Навчальний посібник - Київ, 2010. - 188 с.
2. Медицина неотложных состояний. /Под ред. И.С. Зозули - Киев, Медицина, 2008. - 696 с.
3. Медицина неотложных состояний. Избранные клинические лекции/Под ред. В.В. Никонова - Харьков, 2005. - 612 с.
4. Мищук Н.Е. Холодовая болезнь (гипотермия) // Медицина неотложных состояний. – 2006. – № 4-5. – С. 42-47.
5. Термическая травма. Рекоменд. для практ. врачей / Под ред. С.В. Слесаренко, Г.П. Козинец, Е.Н. Клигуненко и соавт. – Днепропетровск, 2002. – 60 с.
6. Элленхорн М.Дж. Медицинская токсикология: диагностика и лечение острых отравлений у человека: В 2 томах. Т. 1: Пер. с англ. - М.: Медицина, 2003. - 1029 с.
7. American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centres Clinical Toxicologists (2004). "Position paper: Ipecac syrup". J Toxicol Clin Toxicol 42 (2): 133–143.
8. Australian Resuscitation Council Newsletter (2005) Vol. 29 No. 3 p. 2; available at [http://www.resus.org.au/newsletters/newsletter\\_dec2005.pdf](http://www.resus.org.au/newsletters/newsletter_dec2005.pdf).
9. Berg RA, Hemphill R, Abella BS, et al. (November 2010). "Part 5: adult basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care". Circulation 122 (18 Suppl 3): S685–705.
10. Chyka PA, Seger D, Krenzelok EP, Vale JA (2005). "Position paper: Single-dose activated charcoal". Clin Toxicol (Phila) 43 (2): 61–87. PMID 15822758.
11. European Resuscitation Council (2005), "Guidelines for resuscitation", Part 2, "Adult basic life support": "The following is a summary of the evidence-based recommendations for the performance of basic life support: Rescuers begin CPR if the victim is unconscious, not moving, and not breathing (ignoring occasional gasps). [https://www.erc.edu/index.php/guidelines\\_download\\_2005/en/](https://www.erc.edu/index.php/guidelines_download_2005/en/)
12. Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, et al. (November 2010). "Part 1: executive summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care". Circulation 122 (18 Suppl 3): S640–56.
13. Guyton, Arthur; Hall, John (2006). "Chapter 24: Circulatory Shock and Physiology of Its Treatment". In Grulioiw, Rebecca (in English) (Book). Textbook of Medical Physiology (11th ed.). Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier Inc.. pp. 278-288. ISBN 0-7216-0240-1.

14. Harrison's Principles of Internal Medicine.
15. Havel, C; Arrich, J, Losert, H, Gamper, G, Müllner, M, Herkner, H (2011 May 11). "Vasopressors for hypotensive shock.". Cochrane database of systematic reviews (Online) 5: CD003709. PMID 21563137.
16. Hazinski MF и соавт. Обзор рекомендаций американской ассоциации сердца по СЛР и неотложной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. Часть 2. //Медицина неотложных состояний. - 2011. - №4. - С. 25 - 39.
17. Hazinski MF, Nolan JP, Billi JE, et al. (October 2010). "Part 1: executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations". Circulation 122 (16 Suppl 2): S250–75.
18. Herndon, David N. (2007). "Chapter 9 Total Burn Care". Total Burn Care. Philadelphia: Saunders. pp. 880. ISBN 1-4160-3274-6.
19. Irwin, Richard S.; Rippe, James M. (January 2003). Intensive Care Medicine. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia & London. ISBN 0-7817-3548-3.
20. Joynt, Gavin (April 2003). "Introduction to management of shock for junior ICU trainees and medical students". The Chinese University of Hong Kong. Retrieved 9 October 2006.
21. Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson; & Mitchell, Richard N. Robbins Basic Pathology (8th ed.). 2007. - Saunders Elsevier. pp. 102-103.
22. Loertscher, L; Reed, DA, Bannon, MP, Mueller, PS (2010 Jan). "Cardiopulmonary resuscitation and do-not-resuscitate orders: a guide for clinicians". The American journal of medicine 123 (1): 4–9.
23. Mallinson, T (2010). "Myocardial Infarction". Focus on First Aid (15): 15.
24. Mechanism of Electrical Injury Chicago Electrical Trauma Research Institute Accessed April 27, 2010
25. Public Health Initiative Uses PocketCPR to Help Improve Cardiac Arrest Survival Rates, October 20, 2008.
26. Sayre, Michael; Berg, Robert; Cave, Diana; Page, Richard; Potts, Jerald; White, Roger (April 2008). "Hands-Only (Compression-Only) Cardiopulmonary Resuscitation: A Call to Action for Bystander Response to Adults Who Experience Out-of-Hospital Sudden Cardiac Arrest.". Circulation 117 (16): 2162–2167.
27. Toxicol Clin Toxicol 42 (6): 843–854. 2004.
28. Vale JA, Kulig K; American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologist. (2004). "Position paper: gastric lavage". J Toxicol Clin Toxicol 42 (7): 933–943.

Подписано к печати 23.05.2012. Формат издания 148x210.

Печать офсетная. Бумага глянцевая. Гарнитура Calibri

Тираж 2000 экз.

**ISBN 966-391-045-3**

Отпечатано ЧП Котенко

г. Сумы, вул. Воскресенская, 15, 40000

тел. (0542) 22-17-52;



**жизнь человека может  
зависить от твоих действий**

Всеукраїнська рада



Реанімації та Екстреної  
Медичної Допомоги

[www.uroc.org.ua](http://www.uroc.org.ua)