



МЕТОДИЧНИЙ ЗБІРНИК РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ В УМОВАХ ЕКСТРЕНИХ СИТУАЦІЙ



ПОДИХ ЖИТТЯ

ОСНОВИ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ВЧИТЕЛІВ

ПРОЕКТ «БО «ЗОЛОТА ГОДИНА», ПРОФІНАНСОВАНО FCDO



**UK International
Development**

Partnership | Progress | Prosperity

ВСТУП

Допомога постраждалим може надаватись в різних умовах та ситуаціях, тому в першу чергу потрібно розуміти рівень загроз та безпеки для рятувальників.

Зона прямої загрози (червона зона)

Це місце, де проводяться бойові дії, епіцентр природних та техногенних катастроф; де наявна висока загроза життю рятувальника, яка викликана зовнішніми чинниками, або коли дія зовнішніх чинників є більш загрозливою для постраждалого, ніж отримані пошкодження. В цій зоні дії особи, яка надає домедичну допомогу, обмежуються зупинкою масивних зовнішніх кровотеч та переміщенням постраждалого в зону непрямих загроз або в зону евакуації.

Зона непрямой загрози (жовта зона)

Це місце, яке наближене до зони бойових дій, природних та техногенних катастроф і є ймовірність отримання поранення особами, що надають домедичну допомогу. На цьому етапі вже є змога надавати домедичну допомогу за алгоритмом C-ABC.

Зона евакуації (зелена зона)

Це місце, яке віддалено від місця проведення бойових дій, природних та техногенних катастроф безпечно з точки зору отримання поранень та з якого відбувається евакуація постраждалих.

Під час надання домедичної допомоги зверніть увагу на наступне:

- Переконайтеся у відсутності фізичної небезпеки для рятувальника;
- Пам'ятайте про біологічний захист рятувальника (працюємо з постраждалим виключно в рукавицях);
- Підходьте до постраждалого з голови та оцініть рівень його свідомості, звернувшись до нього. Якщо постраждалий не реагує, здійсніть гучний оплеск долонями біля вух постраждалого. За відсутності реакції спробуйте поштурхати постраждалого за плече (асексуальна зона), стоячи біля нього на одному коліні (в безпечній закритій позиції).



На домедичному етапі допомоги надавати будь-які ліки постраждалому **ЗАБОРОНЕНО**. Тільки працівники швидкої медичної допомоги можуть надавати ліки постраждалим на догоспітальному етапі допомоги.

Виклик екстреної медичної допомоги (103, 112)

Оперативному черговому чітко назвіть:

- місто
- адреса
- хто постраждалий (стать, вік)
- що сталося
- які дії виконані до виклику або які дії плануються до приїзду бригади екстреної медичної допомоги.

Алгоритм **C-ABC**

C — Critical bleeding (критичні кровотечі)

A — Airway (дихальні шляхи)

B — Breathing (дихання)

C — Circulation (кровообіг)

C — Critical bleeding

(критична або масивна зовнішня кровотеча)

«Критична або масивна зовнішня кровотеча» – це невідкладний стан, який супроводжується значним витіканням крові з ран кінцівок, пахових, підпахвових ділянок, сідниць та шиї, незалежно від механізму отримання травми.

Це найкритичніший стан, адже масивні кровотечі можуть призвести до смерті за дуже короткий час — всього за дві-три хвилини.

Ознаками масивної зовнішньої кровотечі є будь-що з нижченаведеного:

- швидке, інтенсивне витікання крові з рани;
- пульсуючий характер кровотечі (*кров б'є фонтаном*);
- пляма крові біля постраждалого, яка швидко збільшується;
- значне просякнення одягу постраждалого кров'ю;
- повна чи часткова ампутація кінцівки вище рівня кисті чи ступні.

1.1 Зупинка масивної зовнішньої кровотечі з кінцівок.

Найкращий спосіб зупинити масивну кровотечу з кінцівки, це накласти **ТУРНИКЕТ**. Турнікет перекриває потік крові до кінцівки нижче місця накладання. Необхідно накласти турнікет та зупинити масивну кровотечу в межах 1 хвилини.

Послідовність дій:

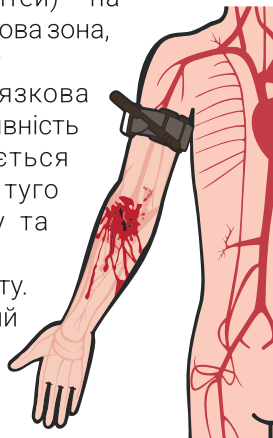
1. переконатися у відсутності небезпеки;
2. перед початком надання домедичної допомоги використати засоби індивідуального захисту - рукавички;
3. покликати на допомогу оточуючих. Якщо випадкових свідків декілька слід звертатись до конкретної особи;
4. заспокоїти постраждалого та пояснити подальші дії;

При можливості чіткої візуалізації рани:

- здійснити прямий, міцний тиск на рану руками.

При неможливості чіткої візуалізації рани:

- здійснити непрямий тиск (колінне притискання, або притискання обома руками (особливо стосується дітей) на вузлові зони (для верхніх кінцівок – підпахвова зона, для нижніх кінцівок - зона пахових складок);
- перед тим як накласти турнікет обов'язкова перевірка місця накладання (кишені) на наявність твердих предметів. Турнікет накладається максимально високо та максимально туго (крутимо поки крутиться) на кінцівку та перпендикулярно кінцівці;
- оцінити ефективність накладання турнікету. Якщо кровотеча зупинена, записати точний час накладання турнікету;
- здійснити виклик екстреної медичної допомоги.



Якщо кровотеча не зупинилась, слід збільшити тиск турнікету на кінцівку/або накласти ще один турнікет вище першого. Якщо накладання другого турнікету не ефективно або відсутня можливість його накладання, слід здійснювати прямий тиск на рану до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги. Турнікети **НЕ НАКЛАДАЮТЬСЯ** безпосередньо на суглоби та тверді предмети.

**НАКЛАДІТЬ ТУРНІКЕТ
ТА ЗУПИНІТЬ
КРОВОТЕЧУ
ПРОТЯГОМ**



**СУВОРО ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ ПОСЛАБЛЯТИ АБО ЗНИМАТИ
ТУРНІКЕТ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ!!!**

1.2. Допомога при критичних вузлових кровотечах

При масивній зовнішній кровотечі з рани яка локалізована в зонах:

- основа шиї
- пахвинних ділянок,
- пахових ділянках,
- сідниць

Послідовність дій:

1. Переконатися у відсутності небезпеки;
2. Перед початком надання домедичної допомоги використати засоби індивідуального захисту - рукавички;
3. Покликати на допомогу оточуючих. Якщо випадкових свідків декілька слід звертатись до конкретної особи;
4. Заспокоїти постраждалого та пояснити подальші дії;
5. Здійснити максимально можливий тиск на рану;
6. Здійснити туге тампонування рани за допомогою гемостатичного засобу або марлевого бинта. Після виконання тампонування слід здійснити прямий тиск на рану протягом 3 хвилин при використанні гемостатика та 10 хвилин при використанні марлевого бинта;
7. Оцінити ефективність тампонування рани:
 - якщо кровотеча зупинена, накласти тугу давлячу пов'язку; здійснити виклик екстреної медичної допомоги.
 - якщо кровотеча не зупинена здійснити повторне тампонування рани за можливості. За відсутності такої можливості, здійснювати максимально можливий тиск руками на рану до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

СУВОРО ЗАБОРОНЯЄТЬСЯ ТАМПОНУВАТИ НАСТУПНЕ:

- голова
- грудна клітина
- черевна порожнина
- природні отвори

Також заборонено використання матеріалу (вата, синтетична тканина).

A – Airway (дихальні шляхи)

Порушення прохідності дихальних шляхів — це критичний стан, що призводить до кисневого голодування мозку та серця. Якщо не вжити негайних заходів, смерть може настати протягом кількох хвилин. В умовах надання першої допомоги - це одна з ситуацій, з якою може зіткнутися рятувальник.

Ознаки обструкції дихальних шляхів:

- Постраждалий збуджений та наляканий, робить знаки, що не може дихати нормально;
- Постраждалий видає булькаючі або хриплячі звуки;
- Постраждалий без свідомості, лежить на спині;
- У ротовій порожнині є видимі оком сторонні тіла чи кров;
- Тяжка травма обличчя.

Послідовність дій:

1. Оцінити прохідність дихальних шляхів, попередньо оцінивши рівень свідомості постраждалого, шляхом простого звертання до постраждалого.

Чи є підозра наявності травми шийного відділу хребта.

Завжди підозрюємо наявність травми шийного відділу хребта при наступному:

- падіння постраждалого з висоти вище першого поверху;
- всі учасники ДТП;
- вибух;
- травма пірнальника.

2.1. Якщо постраждалий не реагує та рятувальник не має підозр на травму шийного відділу хребта, забезпечити прохідність дихальних шляхів наступним чином (порядок дій НЕ МІНЯТИ МІСЦЯМИ!):

- відкрити щелепу та впевнитись, що в ротовій порожнині немає видимих оком сторонніх тіл чи крові. При наявності сторонніх предметів повернути голову постраждалого на бік та видалити за допомогою пальців руки в рукавицях;
- виконати маніпуляцію розгинання голови (підборіддя “дивиться вгору”);
- оцінити дихання за 10 сек. способом “чую-бачу-відчуваю”. Постраждалий дихає, якщо рятувальник за 10 сек. почув 2 повних цикли дихання та більше (1 цикл це вдих-видих). Якщо постраждалий дихає, продовжуємо огляд, кожні 1,5-2 хвилини контролюючи розгинання голови, або, якщо це не потрібно, кладемо постраждалого в “стабільне бокове положення”. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги;
- за відсутності у постраждалого за 10 сек. 2 повних циклів дихання, постраждалий не дихає, переходимо до надання Серцево Легеневої Реанімації (СЛР). Здійснити виклик екстреної медичної допомоги.

2.2. Якщо постраждалий не реагує та рятувальник має підозру на травму шийного відділу хребта, забезпечити прохідність дихальних шляхів наступним чином (порядок дій НЕ МІНЯТИ МІСЦЯМИ!):

- відкрити щелепу та впевнитись, що в ротовій порожнині немає видимих оком сторонніх тіл чи крові. При наявності сторонніх предметів видалити їх за допомогою пальців руки в рукавицях. Повертати голову постраждалого на бік ЗАБОРОНЕНО!
- виконати маніпуляцію виведення нижньої щелепи вперед і в гору;
- оцінити дихання за 10 сек способом "чую-бачу-відчуваю". Постраждалий дихає, якщо рятувальник за 10 сек почув 2 повних цикли дихання та більше (1 цикл це вдих-видих). Якщо постраждалий дихає, підтримувати прохідність дихальних шляхів – мануально (руками). Перевід в "стабільне бокове положення" НЕ ПРОВОДИТЬСЯ!. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги;
- За відсутності у постраждалого за 10 сек 2 повних цикли дихання, постраждалий не дихає, переходимо до СЛР. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги.

2.3. Якщо постраждалий в свідомості та в нього часткове порушення прохідності дихальних шляхів:

- нахилити постраждалого та заохочувати його продовжувати кашляти;
- у випадку, якщо спроби відкашлятись були вдалими, прохідність дихальних шляхів відновлено, оглянути постраждалого, здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику.

2.4. Якщо постраждалий в свідомості та в нього повне порушення прохідності дихальних шляхів:

- заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії;
- нахиливши постраждалого нанести до п'яти ковзних поштовхів по спині;
- якщо прохідність дихальних шляхів після нанесення п'яти ковзних поштовхів по спині не відновлена, виконати до п'яти абдомінальних поштовхів;
- якщо прохідність дихальних шляхів не відновлена, почергово повторювати до п'яти ковзних поштовхів по спині та до п'яти абдомінальних поштовхів;
- у випадку, якщо спроби відновлення прохідності дихальних шляхів були вдалими, оглянути постраждалого, здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику.

При втраті свідомості постраждалим:

- перемістити постраждалого в горизонтальне положення, на спині;
- розпочати СЛР;
- здійснити виклик екстреної медичної допомоги.



B – Breathing (дихання)

Якщо є проблеми з диханням, це може свідчити про травми грудної клітки чи інші ускладнення і вимагатиме термінових дій для життєзабезпечення.

3.1. Проникаюча травма грудної клітки – наявність рани грудної клітки, з ознаками проникнення в плевральну порожнину незалежно від механізму травми.

Ознаки проникаючої травми грудної клітки:

- наявність рани в області грудної клітки з якої витікає яскрава, піниста кров;
- наявність рани в області грудної клітки та наявний звук руху повітря через неї, в тому числі звук всмоктування повітря при кожному вдиху;

Послідовність дій:

1. Перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки.
2. Заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії.
3. Перед початком надання домедичної допомоги використати засоби індивідуального захисту - рукавички.
4. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику.
5. Надати постраждалому максимально зручного для нього положення.
6. Накласти на рану грудної клітки оклюзійну пов'язку: попросить постраждалого здійснити максимально можливий видих та накладити на рану оклюзійну пов'язку. За її відсутності накласти імпровізовану оклюзійну пов'язку з матеріалу який не пропускає повітря та зафіксувати її з усіх боків лейкопластирем (на всі рани при наявності кількох ран).

7. Якщо в рані грудної клітки знаходиться сторонній предмет, його слід залишити на місці та за можливості надійно зафіксувати. Сторонній предмет може бути видаленим з грудної клітки за умови коли він заважає проведенню СЛР.
8. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
9. Вкрити постраждалого термопокривалом/ковдрою.

3.2. Тупа травма грудної клітки – наявність ознак тупої травми грудної клітки, з ознаками перелому ребер та/або пошкодженням внутрішніх органів грудної клітки незалежно від механізму травми.

Ознаки тупої травми грудної клітки:

- наявність в області грудної клітки забоїв, гематом;
- підшкірна емфізема – звук подібний на скрипіння снігу під час пальпації м'яких тканин;
- переломи ребер: біль в області грудної клітки, вимушене положення;
- асиметрія грудної клітки.

Послідовність дій

1. Переконатися у відсутності небезпеки, заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії.
2. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику.
3. Надати постраждалому максимально зручне для нього положення та вкрити ковдрою.
4. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

C – Circulation (кровообіг)

Ця категорія охоплює всі інші стани, які не є критичними. Це можуть бути некритичні кровотечі, переломи, опіки, гіпотермія а також різні невідкладні стани, травми голови, ока, черевної порожнини, тазу та інше.

4.1. Десмургія (пов'язки)

Тиснуча пов'язка застосовується на кінцівки але не на суглоби. Накладається для зупинки не масивних кровотеч, для такої пов'язки використовуємо бинт типу "Ізраїльський бандаж" чи еластичний бинт з додатковим давлячим елементом (будь-який твердий предмет), в якості додаткового тиску на рану також можуть бути використані перекути бинта.

Фіксуюча пов'язка застосовується на порожнини (голова, грудна клітка, живіт), для фіксації суглобів та на травми де недоцільний тиск. Виконується з помірним натягом еластичного чи звичайного бинту, без використання додаткового тиску, для фіксації та запобігання потрапляння в рану бруду та інфекції.

Якщо відчувається дискомфорт, затерпість, зміна кольору кінцівки, пов'язку НЕОБХІДНО переробити.

4.2. Надання домедичної допомоги постраждалим при загальному переохолодженні (гіпотермія) та/або відмороженні.

Переохолодження (гіпотермія) – невідкладний стан, який виникає при дії низьких температур та/або несприятливих факторів зовнішнього середовища, що викликає зниження температури тіла постраждалого та системні розлади функції життєво-важливих органів та систем; відмороження – локальне ушкодження м'яких тканин внаслідок дії низьких температур та/або несприятливих факторів зовнішнього середовища.

Фактори ризику виникнення переохолодження та/або відмороження:

- вплив низьких температур та вітру підвищеної вологості;
- наявність у постраждалого тісного або мокрого взуття/одягу;
- нерухоме положення постраждалого;
- наявність у постраждалого супутньої патології (крововтрата тощо);
- стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння;
- зневоднення та недостатнє харчування постраждалого.

Ознаки загального переохолодження:

- зниження температури тіла постраждалого нижче 35 °C;
- тремтіння;
- повільне дихання;
- бліда та холодна шкіра;
- сплутана свідомість.

Послідовність дій:

1. Перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки для себе, оточуючих, постраждалого та тільки за її відсутності перейти до наступного кроку;
2. Припинити дію низької температури на постраждалого;
3. Заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії;
4. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;
5. Якщо у постраждалого ознаки загального переохолодження:
 - усунути дію несприятливих факторів зовнішнього середовища, перемістити постраждалого у тепле приміщення;
 - зняти з постраждалого холодний, вологий одяг;
 - якщо постраждалий у свідомості, дати безалкогольні теплі напої;

- якщо у постраждалого ознаки відмороження;
- усунути дію несприятливих факторів зовнішнього середовища, перемістити постраждалого у тепле приміщення;
- обережно, без зусиль зняти з постраждалого холодний, вологий одяг/взуття;
- накласти на уражені ділянки тіла чисті, стерильні, сухі марлеві пов'язки, без здійснення додаткового тиску на тканини;
- за необхідності знерухомити уражені кінцівки;
- якщо постраждалий у свідомості, дати безалкогольні теплі напої;
- не масажувати і не розтирати уражені ділянки, не застосовувати місцево джерела тепла;
- не пошкоджувати наявні на місці обмороження міхури;
- накрити постраждалого термопокривалом/покривалом.

8. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

4.3. Надання домедичної допомоги постраждалим при пошкодженні очей.

Пошкодження очей – невідкладний стан, викликаний дією травматичного фактору або потрапляння в очі хімічних речовин, що може спричинити часткову чи повну втрату зору.

Послідовність дій:

1. перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки для себе, оточуючих, постраждалого та тільки за її відсутності перейти до наступного кроку;
2. заспокоїти постраждалого та пояснити свої наступні дії;
3. здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику.

При травматичному пошкодженні очей:

- накладіть на травмоване око захисний щиток, а за його відсутності - альтернативний засіб, який попередить тиск на очне яблуко;
- зверху захисного щитка накладіть іншу чисту марлеву серветку та обережно зафіксуйте, не створюючи надмірного тиску на пошкоджене око;
- якщо в рані знаходиться сторонній предмет, не слід його виймати, а треба надійно зафіксувати в рані;
- не здійснювати спроби вправити око при його випаданні;

При потраплянні хімічних речовин в око:

- промити уражене око великою кількістю проточною чистою водою протягом 10–20 хвилин;
- слідкувати, щоб під час промивання не забруднити неуразжене око;
- під час промивання, за можливості використовувати рукавички, та після закінчення промивання обережно їх зняти;
- забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.



4.4. Надання домедичної допомоги постраждалим при травмах органів черевної порожнини.

4.4.1. Тупа травма черевної порожнини – наявність ознак тупої травми органів черевної порожнини в тому числі з ознаками внутрішньої кровотечі, незалежно від механізму травми.

Ознаки тупої травми органів черевної порожнини:

- наявність забоїв та гематоми передньої та/або бокової стінки живота.

Ознаки внутрішньої кровотечі:

- часте, поверхнєве дихання;
- бліда, волога, холодна шкіра;
- порушення свідомості;
- біль в ділянці живота.

Послідовність дій:

1. Перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку.
2. Заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії.
3. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику.
4. Надати постраждалому максимально зручного для нього положення.
5. Вкрити постраждалого термопокривалом/ковдрою.
6. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

4.4.2. Проникаюча травма черевної порожнини – наявність рани в межах визначених анатомічних орієнтирів, з ознаками проникнення в черевну порожнину незалежно від механізму травми.

Ознаки проникаючої травми черевної порожнини:

- наявність в рані внутрішніх органів черевної порожнини;
- наявність декількох ран в області черевної порожнини, що знаходяться в одній проекції;
- наявність в рані фіксованого стороннього тіла;
- наявність рани та ознаки пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини з кровотечею: часте, поверхнєве дихання; бліда, волога, холодна шкіра; порушення свідомості.

Послідовність дій:

1. Перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку.
2. Заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії.
3. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику.
4. Надати постраждалому максимально зручного для нього положення.
5. Накрийте відкриту кишку вологою стерильною пов'язкою, якщо така є (і тримайте вологою). Накрийте зверху пов'язку водонепроникним неклеєвим матеріалом (бажано прозорим, як поліетиленова плівка, прозорою харчовою плівкою тощо), а потім закріпіть його на місці стрічкою. НЕ тисніть на рану та не оголюйте додатково внутрішні органи.
6. Якщо в рані знаходиться фіксований сторонній предмет, не слід його виймати. За умови самотійного випадіння стороннього предмету з рани під час надання домедичної допомоги необхідно його обережно прибрати та передати бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги.
7. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
8. Вкрити постраждалого термопокривалом/ковдрою.

4.5. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на перелом кісток кінцівок.

Перелом – часткове або повне порушення цілісності кістки, викликане впливом на неї механічної сили, а також внаслідок патологічного процесу, пухлини, запалення.

Відкритий перелом – часткове або повне порушення цілісності кістки з одночасним пошкодженням шкірних покривів у проекції перелому.

Закритий перелом – часткове або повне порушення цілісності кістки без пошкодження шкірних покривів у проекції перелому.

Імобілізація (знерухомлення) – фіксація перелому кістки за допомогою шин чи імпровізованих засобів.

Ознаки відкритого перелому кісток кінцівки:

- наявність рани в місці перелому;
- кровотеча з рани;
- біль в області рани;
- порушення функції ушкодженої кінцівки;
- неприродне положення кінцівки;
- патологічна рухливість у кінцівці;
- крепітація (своєрідний хрускіт) у місці перелому;
- наявність уламків кістки в рані.

Ознаки закритого перелому кісток кінцівки:

- неприродне положення кінцівки;
- біль в області рани/деформації кінцівки;
- патологічна рухливість в кінцівці;
- крепітація (хрускіт) в місці перелому;
- гематома в області перелому (збільшення кінцівки в об'ємі);
- порушення функцій ушкодженої кінцівки.

Послідовність дій:

1. Перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки для себе, оточуючих, постраждалого та за її відсутності перейти до наступного кроку.
2. Заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії.
3. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику.
4. Якщо у постраждалого ознаки відкритого перелому:
 - розрізати одяг та оглянути рану;
 - якщо є кровотеча з рани, діяти відповідно Порядку надання домедичної допомоги постраждалим при масивній зовнішній кровотечі, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 09 березня 2022 року № 441;
 - накласти стерильну, чисту пов'язку на рану;
 - допомогти постраждалому прийняти зручне положення (таке, яке завдає найменше болю);
 - іммобілізувати (знерухомити) пошкоджену кінцівку за допомогою стандартного обладнання (шин) чи підручних засобів;
5. Якщо у постраждалого ознаки закритого перелому:
 - Допомогти постраждалому прийняти зручне положення (таке, яке завдає найменше болю);
 - Іммобілізувати (знерухомити) пошкоджену кінцівку за допомогою стандартного обладнання (шин) чи підручних засобів.
6. Вкрити постраждалого теплопокривалом/ковдрою.
7. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

4.6. Надання домедичної допомоги постраждалим при термічних опіках.

При наданні домедичної допомоги враховувати ступінь пошкодження шкіри та м'яких тканин:

- **I ступінь (еритема)** – почервоніння шкіри, набряклість і біль;
- **II ступінь (утворення пухирів)** – сильний біль із інтенсивним почервонінням, відшаруванням епідермісу з утворенням міхурів, наповнених рідиною;
- **IIIa ступінь:** пошкодження всієї товщі шкіри з утворенням щільного струпу, під яким перебувають ушкоджені тканини;
- **IIIб ступінь (обвуглення):** пошкодження всієї товщі шкіри з ушкодження м'язів, сухожиль, кісток.

Послідовність дій:

1. Перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки для себе, оточуючих, постраждалого та тільки за її відсутності перейти до наступного кроку;
2. Припинити дію високої температури на постраждалого, при необхідності зняти тліючий одяг;
3. Зняти прикраси, які є на ділянці опіку;
4. Заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії;
5. Здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;
6. При I та II ступенях опіку охолодити місце опіку шляхом промивання протягом щонайменше 20 хвилин водою кімнатної температури, якщо площа опіку не перевищує 20 % у дорослих або 10 % у дітей;
7. Після охолодження накласти на місце опіку чисту, стерильну суху марлеву пов'язку. Пов'язка не повинна здійснювати тиск на м'які тканини;
8. За наявності міхурів не слід їх пошкоджувати. При випадковому пошкодженні міхурів накласти пов'язки, як описано вище;

9. При IIIa та IIIб ступенях опіку накласти на місце опіку чисту, стерильну суху марлеву пов'язку. Пов'язка не повинна здійснювати тиск на м'які тканини;
10. При опіках більше ніж 20 % площі тіла у дорослих або 10 % у дітей потрібно накрити постраждалого термопокривалом/покривалом;
11. Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

4.7. Надання домедичної допомоги при судомах.

Судоми можуть бути викликані:

- черепно-мозковою травмою;
- патологією центральної нервової системи різного генезу;
- отруєнням;
- гіпоглікемією;
- гарячкою.

Послідовність дій:

1. Перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки для себе, оточуючих, постраждалого та тільки за її відсутності перейти до наступного кроку;
2. Негайно зателефонувати до диспетчера системи екстреної медичної допомоги, чітко надати необхідну інформацію за необхідності виконувати його вказівки та відповісти на всі запитання.

Під час судом:

- перемістити постраждалого на рівну поверхню;
- підкласти під голову постраждалого щось м'яке;
- утримувати голову постраждалого протягом всього часу судомного нападу;
- не слід застосовувати надмірну силу, щоб утримувати постраждалого під час судом;



1

- не слід силоміць розкривати рота постраждалого, в тому числі із застосуванням підручних засобів;
- не слід силоміць вливати рідину чи давати будь-які ліки;



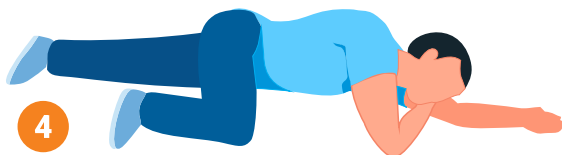
2

- після закінчення судомного нападу:
- за відсутності свідомості у постраждалого, перевести у стабільне бокове положення;



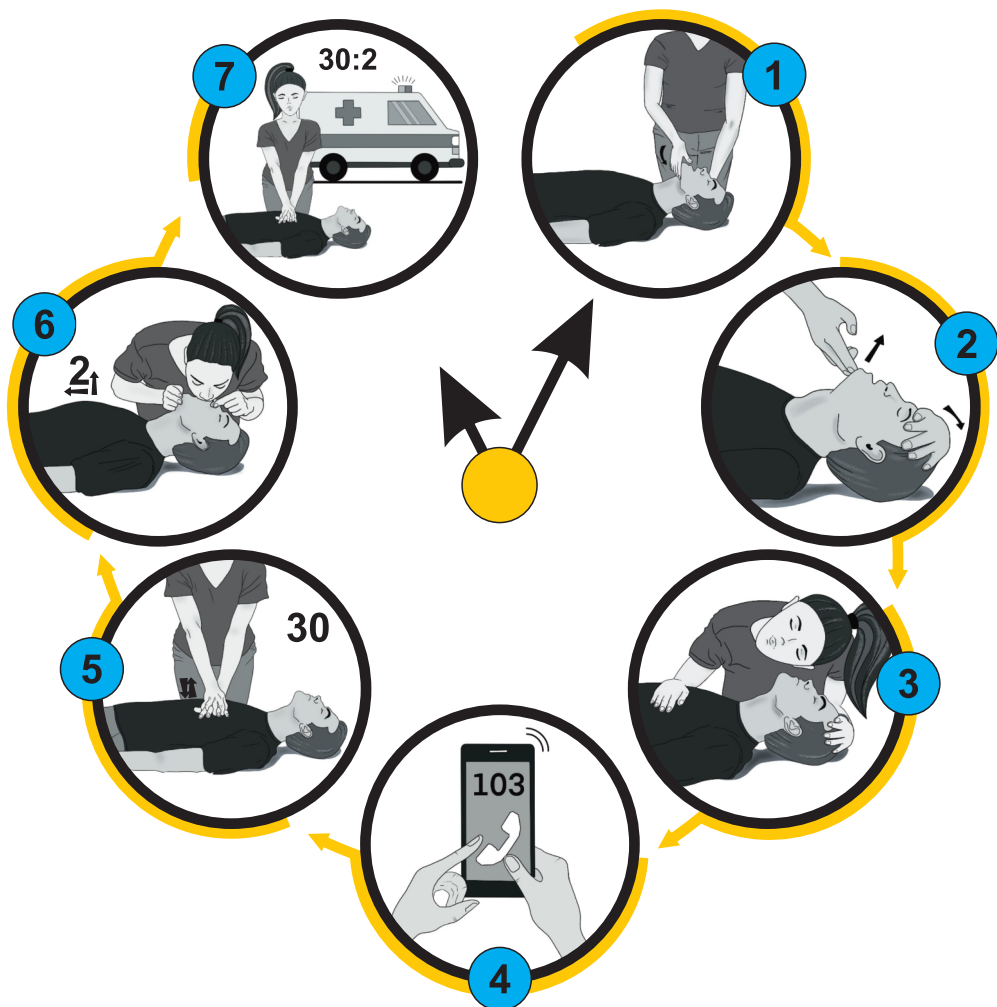
3

- якщо постраждалий у свідомості, заспокоїти та пояснити свої наступні дії;
- забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.



4

СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВА РЕАНІМАЦІЯ (СЛР)



Комплекс невідкладних дій, спрямованих на відновлення серцевої діяльності та дихання у випадках їх раптової зупинки.

5.1. Надання домедичної допомоги дорослим при раптовій зупинці серцевої діяльності та дихання:

- перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку;
- визначити наявність свідомості – обережно потрясти дорослого за плече та голосно звернутися до нього, наприклад, «З Вами все гаразд? Вам потрібна допомога?»;

Якщо дорослий реагує:

- залишити його у попередньому положенні, якщо йому нічого не загрожує;
- з'ясувати характер події, що сталася;
- здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;
- за необхідності надати дорослому зручного положення;
- забезпечити нагляд за дорослим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

Якщо дорослий не реагує:

- звернутися до осіб, які поряд, за допомогою. Якщо випадкових свідків декілька, слід звертатися до конкретної особи;
- якщо дорослий лежить на животі, повернути його на спину та відновити прохідність дихальних шляхів, попередньо оглянувши ротову порожнину для виключення видимих сторонніх предметів. Якщо стан дорослого пов'язаний з отриманням травми, наприклад падіння з висоти, вважати, що у нього є травма в шийному відділі хребта. В такому випадку слід максимально обмежити рухи в шийному відділі хребта;

5.1. Надання домедичної допомоги дорослим при раптовій зупинці серцевої діяльності та дихання:

- перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку;
- визначити наявність свідомості – обережно потрясти дорослого за плече та голосно звернутися до нього, наприклад, «З Вами все гаразд? Вам потрібна допомога?»;

Якщо дорослий реагує:

- залишити його у попередньому положенні, якщо йому нічого не загрожує;
- з'ясувати характер події, що сталася;
- здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;
- за необхідності надати дорослому зручного положення;
- забезпечити нагляд за дорослим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

Якщо дорослий не реагує:

- звернутися до осіб, які поряд, за допомогою. Якщо випадкових свідків декілька, слід звертатися до конкретної особи;
- якщо дорослий лежить на животі, повернути його на спину та відновити прохідність дихальних шляхів, попередньо оглянувши ротову порожнину для виключення видимих сторонніх предметів. Якщо стан дорослого пов'язаний з отриманням травми, наприклад падіння з висоти, вважати, що у нього є травма в шийному відділі хребта. В такому випадку слід максимально обмежити рухи в шийному відділі хребта;
- відновити прохідність дихальних шляхів, визначити наявність дихання за допомогою прийому: «чути, бачити, відчувати». Наявність дихання визначати до 10 секунд. Якщо виникли сумніви чи є дихання, або воно ненормальне, вважати, що дихання відсутнє;

Якщо дорослий дихає нормально:

- при відсутності свідомості слід перевести його у стабільне бокове положення, здійснити виклик екстреної медичної допомоги та перевіряти кожні 2-3 хвилин дихання до моменту приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги. Якщо є настороженість щодо травми потрібно уникати повороту в стабільне бокове положення, а забезпечити прохідність дихальних шляхів методом висування нижньої щелепи до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

- **Якщо дихання відсутнє:**

- здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику та принести автоматичний зовнішній дефібрилятор, якщо він доступний. Якщо є інші випадкові свідки, слід сказати їм здійснити виклик екстреної медичної допомоги та негайно перейти до наступного кроку. При наявності гучного зв'язку на телефоні слід здійснювати виклик екстреної медичної допомоги та одночасно проводити СЛР;
- розпочати проведення СЛР: 3 виконати 30 натискань на середину грудної клітки глибиною не менше 5 см (не більше 6 см), з частотою 100 натискань (не більше 120) за хвилину; виконати 2 вдихи з використанням маски-клапану, дихальної маски тощо. При відсутності захисних засобів можна не виконувати штучне дихання, а проводити тільки натискання на грудну клітку. Виконання двох штучних вдихів повинно тривати менше 10 секунд; після двох вдихів продовжити натискання на грудну клітку відповідно до наведених рекомендацій у цьому підпункті; не слід переривати натискання на грудну клітку дорослому більше ніж на 10 секунд;
- змінювати особу, що проводить натискання на грудну клітку, кожні 2 хвилини. У випадку якщо особа яка проводить натискання на грудну клітку відчуває виснаження заміну слід виконати раніше ніж через 2 хвилини;
- припинити проведення СЛР до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги за наступних умов: при появі у дорослого явних ознак життя; відновлення самостійного нормального дихання, координованої рухової активності, відкривання очей; виникненні загрози життю рятувнику; неможливості проведення СЛР внаслідок значного фізичного виснаження;
- покласти постраждалого в стабільне бокове положення.

5.2. Надання домедичної допомоги дітям при раптовій зупинці серцевої діяльності та дихання.

- Перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку;
- визначити наявність свідомості – обережно стиснути дитину за плече та голосно звернутися до нього, наприклад, «Прокидайся! З тобою все гаразд?». Тактильну стимуляцію та звертання до дитини слід здійснювати одночасно;

Якщо дитина реагує:

- залишити дитину у попередньому положенні, якщо їй нічого не загрожує;
- з'ясувати характер події, що сталася;
- здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;
- за необхідності надати дитині зручного положення;
- забезпечити нагляд за дитиною до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

Якщо дитина не реагує:

- звернутися до осіб, які поряд, за допомогою. Якщо випадкових свідків декілька, слід звертатися до конкретної особи. Інша особа у цьому випадку здійснює виклик екстреної медичної допомоги та приносить автоматичний зовнішній дефібрилятор, якщо він доступний;
- якщо дитина лежить на животі, повернути її на спину та відновити прохідність дихальних шляхів, попередньо оглянувши ротову порожнину для виключення видимих сторонніх предметів. Якщо стан дитини пов'язаний з отриманням травми, наприклад падіння з висоти, вважати, що у неї є травма в шийному відділі хребта та максимально обмежити рухи в шийному відділі хребта;
- відновити прохідність дихальних шляхів, визначити наявність дихання за допомогою прийому: «чути, бачити, відчувати». Наявність дихання визначати до 10 секунд. Якщо виникли сумніви чи є дихання, або воно ненормальне, вважати, що дихання відсутнє;
- якщо дитина дихає нормально, при відсутності свідомості:
- повернути дитину в стабільне бокове положення;
- здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;
- забезпечити нагляд за дитиною до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

Якщо дихання відсутнє:

- Виконати п'ять штучних вдихів. Під час проведення штучних вдихів одночасно оцінювати їх ефективність;
- попросити інших випадкових свідків здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику. Якщо особа, яка надає домедичну допомогу

одна – виклик екстреної медичної допомоги слід здійснити після виконання п'яти штучних вдихів;

- якщо під час виконання п'яти штучних вдихів у дитини з'явилися явні ознаки життя слід виконати дії передбачені пунктом 5;
- якщо після п'яти штучних вдихів у дитини відсутні ознаки життя і особа, яка надає домедичну допомогу одна – необхідно здійснити виклик екстреної медичної допомоги, перевести телефон у гучний режим та негайно перейти до проведення серцево-легеневої реанімації: виконати 15 натискань на грудну клітку глибиною 1/3 передньо-заднього розміру грудної клітки, з частотою 100 натискань (не більше 120) за хвилину; виконати 2 вдихи. Виконання двох штучних вдихів повинно тривати не більше 10 секунд; при відсутності захисних засобів можна не виконувати штучне дихання, а проводити тільки натискання на грудну клітку;
- змінювати особу, що проводить натискання на грудну клітку, кожні 2 хвилини. У випадку якщо особа яка проводить натискання на грудну клітку відчуває виснаження слід виконати заміну раніше, ніж через 2 хвилини;
- припинити проведення серцево-легеневої реанімації у дитини до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги у таких випадках: відновлення самостійного нормального дихання, координованої рухової активності, відкривання очей; виникнення загрози життю рятувальника; неможливості проведення серцево-легеневої реанімації внаслідок значного фізичного виснаження.
- покласти постраждалого в стабільне бокове положення.

6. Базовий склад аптечки

Обов'язкові елементи (мінімальний набір):

- Нітрилові рукавички - 2 пари
- Турнікет (CAT, SAM, TMT) для швидкої зупинки критичної кровотечі з кінцівок - 2 шт.
- Гемостатичний бинт (Celoх, QuikClot) або звичайний марлевий бинт
- Бинт типу "Ізраїльський биндаж" або еластичний бинт
- Плівка-клапан для СЛР
- Оклюзійна пов'язка - 2 шт
- Бинти для перев'язок
- Неткані пластирі
- Термоковдра (ізоітермічна фольга)
- Аатравматичні ножиці



- Розроблено відповідно до програми тренінгів «Подих життя» БО «Золота Година»
- Відповідає стандартам «С-ABC»
- Відповідає наказу МОЗ України № 441 від 09.03.2022 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах»
- Узгоджено з протоколами надання домедичної допомоги **ТССС**

Це видання було повністю профінансовано урядом Великої Британії та реалізовано Благодійною організацією «Золота Година». Погляди, викладені у цьому виданні, є позицією авторів і не обов'язково відображають офіційну позицію уряду Великої Британії.

This publication was fully funded by the UK government and implemented by the Charitable Foundation "Zolota Hodyna". The views expressed in this publication are those of the authors and may not necessarily reflect the official position of the UK government.