

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

**ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА В УМОВАХ
НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК

Київ — 2016

УДК 355.58:351.74
ББК 68.9
Д-68

ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ: практичний посібник / Волянський П. Б., Гур'єв С. О., Долгий М. Л., Дрозденко Н. В., Іскра Н. І., Макаренко А. М., Стрюк М. П., Терент'єва А. В. Х.: ФОП Панов А. М., 2016. – 151 с.

Рекомендовано Вченою радою Інституту державного управління у сфері цивільного захисту як практичний посібник (Протокол від 30.06.2016 № 7)

ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ: практичний посібник / Волянський П. Б., Гур'єв С. О., Долгий М. Л., Дрозденко Н. В., Іскра Н. І., Макаренко А. М., Стрюк М. П., Терент'єва А. В. Х.: ФОП Панов А. М., 2016. – 136 с.

Художнє оформлення та рисунки: Єфімчук Ю. В.

Практичний посібник створено в межах виконання НДР «Наукове обґрунтування реалізації заходів медичного та біологічного захисту» (номер держреєстрації 0115U002102) на замовлення Департаменту організації заходів цивільного захисту Державної служби України з надзвичайних ситуацій.

Рецензенти:

Слонєцький Б. І. — професор кафедри невідкладних станів Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, д. мед. н., професор, заслужений лікар України.

Тутченко М. І. — завідувач кафедри хірургії стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, д. мед. н., професор.

У практичному посібнику розкрито медично-правові основи з надання домедичної допомоги в екстремальних ситуаціях, порядок надання домедичної допомоги в екстремальних умовах та правила поведінки в умовах надзвичайних ситуацій.

Практичний посібник адаптовано до змісту програми підготовки та підвищення кваліфікації з надання домедичної допомоги рятувальниками ДСНС України.

Водночас він може бути корисним викладачам та слухачам інших вищих навчальних закладів, керівному складу центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій, науковцям, аналітикам, усім, хто вивчає аспекти цивільного захисту.

ISBN 978-617-7293-85-8

УДК 355.58:351.74
ББК 68.9

© Волянський П. Б., Гур'єв С. О., Долгий М. Л., Дрозденко Н. В., Іскра Н. І., Макаренко А. М., Стрюк М. П., Терент'єва А. В.

© Інститут державного управління у сфері цивільного захисту, 2016.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
1. ЗАСАДИ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	6
1.1. Система екстрених медичних послуг	6
1.2. Медично-правові основи з надання домедичної допомоги в екстремальних ситуаціях	15
1.3. Оснащення, що використовується для надання домедичної допомоги	19
1.4 Морально-психологічний статус, етика та психологічна підготовка рятувальників до надання домедичної допомоги в екстремальних умовах	34
2. НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ	39
2.1. Поняття про органи та системи органів людини	39
2.2. Схеми надання домедичної допомоги постраждалому	52
3. ПРАВИЛА ВИЖИВАННЯ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ	67
3.1. Правила поведінки в умовах надзвичайних ситуацій.....	67
3.2. Поведінка в умовах ведення військових дій та проведення антитерористичної операції	71
3.3. Вживання в автономному режимі.....	73
3.4. Правила поведінки і дій в умовах масового скупчення людей та в осередках інфекційних захворювань	82
3.5. Психологічна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій	101
3.6. Евакуація населення з зони надзвичайної ситуації	109
4. ЗАХИСТ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ПІДРОЗДІЛІВ СЛУЖБИ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ ПРИ ЛІКВІДАЦІЇ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ТА ЇХ НАСЛІДКІВ В ОСЕРЕДКАХ БІОЛОГІЧНОГО ЗАРАЖЕННЯ	118
ЛІТЕРАТУРА	131

ВСТУП

При виникненні надзвичайних ситуацій (НС) великого масштабу існуюча мережа лікувально-профілактичних закладів і система надання екстреної медичної допомоги буде значно перевантажена за рахунок виникнення значної кількості постраждалих. Надання екстреної медичної допомоги постраждалим при НС техногенного й природного характеру потребує, залежно від обсягу санітарних втрат, оперативного зосередження в зоні катастрофи потрібної кількості медичних працівників, своєчасності й організації необхідного медичного забезпечення.

В Україні середній показник смертності від НС становить 130–135 осіб на 100 тис. населення, що перевищує відповідні показники в країнах Європи у 20 разів. При цьому близько 24 % постраждалих помирають у лікарнях, а 76 % — на догоспітальному етапі. За аналогічними показником у розвинених державах світу 72 % постраждалих помирає саме в лікарні, і тільки 28 % — на догоспітальному етапі. За оцінкою медичних фахівців, в Україні зі 100 осіб, які померли на догоспітальному етапі, 20 % летальних випадків пов'язані з отриманням травм, несумісних із життям, а решта 80 % випадків — з недостатньою системою організації надання медичної допомоги постраждалим безпосередньо в зоні НС та неефективністю здійснення заходів з медичної евакуації постраждалих до лікувальних закладів. Ось чому надзвичайно актуальною є проблема своєчасності надання невідкладної домедичної допомоги населенню, яке постраждало внаслідок НС.

Першочерговим завданням для вирішення зазначеної проблеми є забезпечення якомога раннього початку надання домедичної допомоги постраждалим. Сучасною медичною наукою визначено концепцію так званої «золотої години» — астрономічна година (60 хв.) з моменту отримання травми або ушкодження, протягом якої має бути надано максимальний обсяг медичної допомоги постраждалому з метою порятунку його життя та здоров'я.

Тобто, йдеться про необхідність забезпечення якнайшвидшого початку надання домедичної допомоги безпосередньо на місці аварії, але дотримуючись усіх протоколів з надання домедичної допомоги потерпілому. Досвід найбільш розвинених країн світу свідчить про те, що для досягнення цього недостатньо сил і засобів державної системи охорони здоров'я. Для забезпечення своєчасності невідкладної домедичної допомоги в усіх цивілізованих країнах світу широкого застосування набула практика залучення до вирішення зазначеної проблеми окремих категорій немедичних працівників шляхом запровадження навчання навичок надання домедичної допомоги.

На ряд осіб Законом України «Про екстрену медичну допомогу» покладено обов'язок надання домедичної допомоги, тобто невідкладних дій і заходів, спрямованих на порятунок і збереження життя людини в критичному стані та мінімізацію наслідків цього стану для її здоров'я. Така допомога надається на місці особами, які не мають медичної освіти, але у зв'язку зі своїми службовими обов'язками володіють основними практичними навичками з порятунку і збереження життя людини.

За визначенням домедична допомога — це невідкладні дії та організаційні заходи, які здійснюються особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними

ми навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані.

Враховуючи те, що Постановою Кабінету Міністрів України від 05.11.2007 № 1290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги» передбачено створення принципово нової для України системи підготовки і перепідготовки з питань надання домедичної допомоги рятувальниками і працівниками, професійні обов'язки яких пов'язані з експлуатацією автомобільного, залізничного, водного та повітряного транспорту, та військовослужбовців, наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.11.2009 № 833 «Про удосконалення системи підготовки з надання першої невідкладної медичної допомоги» визначено три рівні первинної підготовки та підвищення кваліфікації зазначених категорій немедичних працівників.

Парамедик — немедичний працівник, який пройшов спеціальну підготовку з питань надання невідкладної допомоги за 120-годинною навчально-тренувальною програмою при спеціальному навчально-тренувальному центрі і раз на три роки проходить відповідну перепідготовку за 30-годинною програмою.

Рятувальник — немедичний працівник, який пройшов спеціальну підготовку з питань надання невідкладної допомоги за 48-годинною навчально-тренувальною програмою при спеціальному навчально-тренувальному центрі і раз на три роки проходить відповідну перепідготовку за 18-годинною програмою.

Санітарний інструктор — немедичний працівник, який пройшов спеціальну підготовку з питань надання невідкладної допомоги за 12-годинною навчально-тренувальною програмою при спеціальному навчально-тренувальному центрі і раз на три роки проходить відповідну перепідготовку за 6-годинною програмою.

Основна мета домедичної допомоги — усунення причин, що загрожують життю постраждалого на момент травмування, та попередження розвитку важких ускладнень.

1. ЗАСАДИ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Система екстрених медичних послуг

У 2013 році набрав чинності Закон «Про екстрену медичну допомогу», який передбачає надання двоетапної медичної допомоги: догоспітальної та госпітальної. Догоспітальний етап включає надання домедичної, медичної допомоги біля осередку надзвичайної ситуації (НС), вчасний доїзд «швидкої» до пацієнта, оснащення транспорту тощо. Революційним моментом догоспітального етапу стало включення до системи надання допомоги немедичного персоналу та його навчання. У Міністерстві юстиції зареєстровано та діє наказ «Про організацію навчання окремих категорій немедичних працівників навичок надання першої невідкладної медичної допомоги». Кожне міністерство надало перелік фахівців, які мають пройти відповідну підготовку.

Вінницька, Донецька, Дніпропетровська області та м. Київ стали пілотними, де розпочалося трансформовання медичної сфери. Реформи у цих регіонах розпочали з безпечних елементів — первинної та екстреної медичної допомоги та наближення їх до кожного мешканця відповідної області. У пілотних областях закінчився перший етап реформування охорони здоров'я, який розмежував первинний рівень від вторинного з надання допомоги.

В областях створені первинні медико-санітарні центри (ПМСЦ). Умовою їх створення було проживання 100 тис. населення на певній території, але до уваги брали наявність лікувально-профілактичних закладів (станцій, підстанцій швидкої медичної допомоги) та радіус шляху швидкого доїзду до пацієнта для надання невідкладної допомоги.

Відповідно до Закону «Про екстрену медичну допомогу» в пілотних областях діють Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції, підстанції швидкої медичної допомоги (ШМД). Для швидкого доїзду до пацієнта організовані пункти тимчасового та постійного базування ШМД. На базі центральних районних лікарень створені відділення невідкладної медичної допомоги. По можливості відновлена санітарна авіація.

Другий етап — госпітальний, який передбачає створення відділень невідкладної медичної допомоги в багатопрофільних лікарнях та лікарнях швидкої медичної допомоги з цілодобовим режимом роботи. Крім цього створюються формування Центрів медицини катастроф: бригади постійної готовності першої черги, спеціалізовані бригади постійної готовності другої черги, мобільні польові бригади, мобільні медичні загони швидкого реагування, мобільні шпиталі.

Національним Центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф України є Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який виконує функції наукового, аналітичного, організаційно-методичного забезпечення служби екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Екстрена медична допомога — це медична допомога, яка здійснюється працівниками системи екстреної медичної допомоги у невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходах, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

Невідкладний стан людини — раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

До категорії **екстрених** належать звернення пацієнта, який перебуває у невідкладному стані, що супроводжується: непритомністю, судомою, раптовим розладом дихання, раптовими болями у ділянці серця, блювання кров'ю, гострим болем у черевній порожнині, зовнішньою кровотечею, ознаками гострих інфекційних захворювань, гострими психічними розладами, що загрожують життю і здоров'ю пацієнта та/або інших осіб; чи зумовлений: усіма видами травм (поранення, переломи, вивихи, опіки, важкі забої, травми голови), ураженням електричним струмом, блискавкою, тепловими ударами, переохолодженням, асфіксією всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи), ушкодженнями різної етіології під час НС (дорожньо-транспортні пригоди, аварії на виробництві, стихійні лиха тощо), отруєннями, укусами тварин, змій, павуків та комах, порушенням нормального перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча тощо), а також транспортування пацієнтів, які перебувають у стані, що потребують обов'язкового медичного сортування та термінової госпіталізації до лікувального закладу.

До категорії **неекстрених** належать звернення стосовно пацієнта, стан якого не є невідкладним і супроводжується раптовим підвищенням температури тіла з кашлем, нежиттю, болем у горлі; головним болем, запамороченням, слабкістю; болем у попереку, суглобах (радикуліти, остеохондроз, артрит, артроз), підвищенням артеріального тиску, больовим синдромом у онкологічних хворих, алкогольним, наркотичним, токсичним, абстинентним синдромами, чи зумовлений загостренням хронічних захворювань у пацієнтів, які перебувають під наглядом сімейного або дільничного лікаря з приводу гіпертонічної хвороби, виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, хронічного запалення печінки, жовчного міхура, кишківника, хвороби нирок, суглобів тощо.

Бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги — це структурна одиниця станції екстреної (швидкої) медичної допомоги або Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, завданням якої є надання екстреної медичної допомоги людині у невідкладному стані безпосередньо на місці події та під час перевезення такої людини до закладу охорони здоров'я. Виїзд бригад здійснюється після виклику постраждалими через диспетчера станції екстреної (швидкої) медичної допомоги чи Центру екстреної медицини та медицини катастроф.

Виклик екстреної медичної допомоги — це повідомлення про невідкладний стан людини і місце події та/або звернення про необхідність надання екстреної медичної допомоги за єдиним телефонним номером екстреної медичної допомоги 103 чи за єдиним телефонним номером системи екстреної допомоги населенню 112.

Інколи допомогу надають громадяни, біля яких сталась пригода, катастрофа. Така ситуація може виникнути в потязі, автобусі, на дорозі. До приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги очевидці зобов'язані зберегти життя людини, надавши домедичну допомогу.

Домедична допомога — це невідкладні дії та організаційні заходи,

спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи.

Система екстреної медичної допомоги — це сукупність закладів охорони здоров'я та їх структурних одиниць, які забезпечують організацію та надання екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення НС та ліквідації їх наслідків.

Виклик екстреної медичної допомоги має право здійснити як громадянин України, так і іноземець або особа без громадянства, а також фізична особа, яка взята під варту чи позбавлена волі.

Громадянин України або інша особа, яка перебуває у невідкладному стані, має право звернутися до підприємств, установ та організацій з проханням надати транспортний засіб для перевезення такої людини до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров'я, у якому може бути забезпечено надання необхідної медичної допомоги. Підприємства, установи, організації незалежно від форми власності та підпорядкування, фізичні особи-підприємці, а також водії зобов'язані забезпечити безоплатне перевезення наявним у їх розпорядженні транспортом людини, яка перебуває у невідкладному стані, до найближчого до місця події відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги чи іншого закладу охорони здоров'я, у якому може бути забезпечено надання необхідної медичної допомоги.

Якщо під час перевезення бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги пацієнта, який перебуває у невідкладному стані, у його стані виникли раптові ускладнення, які не можуть бути усунуті медичними працівниками цієї бригади, такий пацієнт доставляється до найближчого закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, де йому може бути надано необхідну медичну допомогу відповідно до його стану. Відмова у наданні медичної допомоги такому пацієнту або створення перешкод у її наданні не допускається і тягне за собою для осіб, які її допустили чи здійснили без поважних причин, відповідальність, визначену законом.

Медичні працівники відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги зобов'язані надати екстрену медичну допомогу пацієнту, який її потребує, з моменту прибуття такого пацієнта до цього відділення незалежно від того, чи супроводжує його бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги або інші особи. Відмова у прийнятті пацієнта, який потребує екстреної медичної допомоги, або несвоєчасне надання екстреної медичної допомоги пацієнту, який її потребує, не допускається і тягне за собою для осіб, які її допустили чи здійснили без поважних причин, відповідальність, визначену законом.

До системи екстреної медичної допомоги в Автономній Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі входять Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

Основними завданнями **системи екстреної медичної допомоги** є:

організація та забезпечення надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків;

медико-санітарний супровід масових заходів;

взаємодія з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

В основу функціонування системи екстреної медичної допомоги лягли:

постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги;

оперативне та цілодобове реагування на виклики екстреної медичної допомоги;

доступність та безпечність екстреної медичної допомоги, її своєчасність, якість та пріоритетність;

послідовність та безперервність надання екстреної медичної допомоги та її відповідність єдиним вимогам;

регіональна екстериторіальність.

Управління системою екстреної медичної допомоги та медицини катастроф полягає в контролі за виконанням протоколів надання екстреної медичної допомоги постраждалим на догоспітальному та госпітальному етапах, затверджених МОЗ України, та забезпечення умов для своєчасності надання цієї допомоги.

Швидка медична допомога, порядок виклику бригади. До ухвалення Закону України «Про екстрену медичну допомогу» основним регулюючим документом у цій сфері був Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я», де в ст. 35 було дано визначення терміна «екстрена медична допомога», а в ст. 37 передбачено надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних ситуаціях.

Законом України «Про екстрену медичну допомогу» встановлено, що під екстреною медичною допомогою необхідно розуміти медичну допомогу, надану співробітниками системи екстреної медичної допомоги, у вигляді невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на порятунок і збереження життя людини, що перебуває в невідкладному стані, і мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я (ст. 1 Закону).

Під терміном «невідкладний стан людини» розуміється раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму і необоротну загрозу життю і здоров'ю людини або оточуючих її людей, що виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння, інших внутрішніх або зовнішніх причин.

Система екстреної медичної допомоги відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» — це сукупність закладів охорони здоров'я та їх структурних одиниць, які забезпечують організацію та надання екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків (ст. 1 Закону), тобто Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

Правила виклику екстреної (швидкої) медичної допомоги. На території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право:

здійснити безоплатний виклик екстреної (швидкої) медичної допомоги (Е(Ш)МД) з будь-якого телефону за єдиним телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги 103 або 112.

повідомити лікуючого лікаря або працівників найближчого закладу охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування про свій невідкладний стан або про невідкладний стан іншої людини.

Правила виклику бригад Е(Ш)МД, які визначені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.06.2009 № 370, передбачають, що бригада швидкої медичної допомоги може бути викликана у випадках:

- втрати свідомості;
- судом;
- раптового розладу дихання;
- раптового болю в грудній клітці;
- гострого болю в черевній порожнині та поперековому відділі;
- головного болю, що супроводжується запамороченням або нудотою;
- порушення мовлення, слабкості у кінцівках, що виникли раптово;
- гіпо- та гіперглікемічної коми;
- гіпертермічного синдрому;
- зовнішньої кровотечі,
- блювання кров'ю;
- ознак гострого отруєння;
- порушення перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча, інше);
- анафілактичної реакції, спричиненої різними чинниками, у тому числі укусами комах;
- укусів змій та тварин;
- усіх видів травм (поранення, переломи, опіки, важкі забої, травми голови тощо);
- пов'язаних з невідкладною стоматологією;
- нещасних випадків, у тому числі обумовлених дією диму, вогню та полум'я, електричного струму, блискавки, пов'язаних із транспортними засобами;
- теплогового удару,
- переохолодження;
- асфіксії всіх видів (утоплення, потрапляння сторонніх тіл у дихальні шляхи, удушення);
- наслідків злочинного нападу;
- НС техногенного та природного характеру; гострих психічних розладів (з поведінкою, небезпечною для життя хворого та/або оточуючих);
- інших станів, які загрожують життю та здоров'ю людини;
- Особи, які викликають бригаду Е(Ш)МД (хворий, постраждалий, родичі або інші особи), мають:
 - 1) відповісти на всі запитання диспетчера, який приймає виклик;
 - 2) назвати точну адресу виклику (район, населений пункт, вулицю, номер будинку, квартири, поверх, код і номер під'їзду), у разі коли місцезнаходження вулиці або будинку невідомі, необхідно уточнити шляхи під'їзду до адреси або місця випадку та його загальноновідомі орієнтири;
 - 3) назвати прізвище, стать, вік хворого або постраждалого, якщо паспортні дані хворого або постраждалого невідомі, необхідно вказати його стать і орієнтовний вік;
 - 4) описати скарги хворого або постраждалого;

5) повідомити, хто і з якого номера телефону викликає бригаду Е(Ш)МД;
6) за можливості забезпечити бригаді Е(Ш)МД безперешкодний доступ до хворого або постраждалого, необхідні умови для надання медичної допомоги;

7) у разі виклику бригади Е(Ш)МД до приміщення, де перебуває особа, яка потребує надання невідкладної допомоги, ізолювати тварин, які можуть ускладнити надання медичної допомоги хворому або постраждалому, а також завдати шкоди здоров'ю і майну членів бригади;

8) за можливості сприяти в транспортуванні хворого або постраждалого до санітарного автомобіля;

9) у разі госпіталізації хворого або постраждалого до медичного закладу мати при собі документ, який засвідчує його особу та місце реєстрації.

Рішення щодо екстреного транспортування хворих і постраждалих до медичних закладів приймає керівник бригади Е(Ш)МД. Супровід хворого або постраждалого його родичами або іншими представниками в санітарному транспорті здійснюється лише однією особою та з дозволу керівника бригади Е(Ш)МД. Транспортування дітей здійснюється у супроводі батьків (усиновителів), опікунів, піклувальників, якщо вони перебувають на місці надання медичної допомоги.

Бригада Е(Ш)МД не виїжджає:

до хворих для виконання планових призначень дільничного лікаря (ін'єкцій, крапельниць, перев'язок, інших призначень);

до хворих, які перебувають під наглядом дільничного лікаря з приводу хронічних захворювань і стан яких не вимагає надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги;

до хворих для надання стоматологічної допомоги, крім випадків невідкладної стоматології;

для видалення кліщів;

для видачі листків непрацездатності, виписування рецептів і заповнення будь-яких довідок, у тому числі про стан здоров'я, а також для складання судово-медичних висновків;

для здійснення міжлікарняних перевезень хворих, які не потребують медичного супроводу;

для транспортування трупів до патолого-анатомічних відділень і бюро судово-медичної експертизи.

Диспетчер з прийому викликів має право відмовити у прийомі виклику. При цьому він може дати рекомендації щодо звернення до відповідного медичного закладу, вказавши його адресу та телефон. Громадяни, які здійснили завідомо неправдивий виклик бригади Е(Ш)МД та/або вчинили хуліганські дії стосовно медичного працівника бригади Е(Ш)МД, завдали шкоди його здоров'ю або майну, відповідають згідно з чинним законодавством України.

Особи, які викликають бригаду (пацієнт, родичі або інші особи), зобов'язані отримати згоду пацієнта, який перебуває при тім, на виклик бригади, а також:

1) чітко і правильно відповісти на всі питання диспетчера, який приймає виклик;

2) точно і достовірно описати скарги пацієнта;

3) повідомити, хто і з якого номера телефону викликає бригаду;

4) назвати точну адресу виклику (район, вулицю, номер будинку і квартири, поверх, номер під'їзду та код дверей під'їзду).

У випадках, коли особі, яка викликає бригаду, не відомі місцезнаходження вулиці або будинку:

1) необхідно вказати загальновідомі орієнтири та шляхи під'їзду до місця випадку;

2) назвати прізвище, стать, вік пацієнта. Якщо зазначені дані про пацієнта невідомі, необхідно вказати його стать і орієнтовний вік;

3) по можливості зустріти бригаду біля воріт будинку під'їзду;

4) забезпечити бригаді безперешкодний доступ до пацієнта і створити необхідні умови для надання екстреної медичної допомоги;

5) створити необхідні умови для роботи бригади при наданні медичної допомоги у помешканнях (можливість вимити руки, дати чистий рушник, забезпечити якісне освітлення);

6) заздалегідь ізолювати домашніх тварин, які можуть ускладнити надання медичної допомоги пацієнту, а також заподіяти шкоду здоров'ю і майну медичних працівників бригади;

7) сприяти у транспортуванні пацієнта до санітарного автомобіля;

8) у разі транспортування пацієнта до лікувально-профілактичного закладу, бажано мати при собі документи, які ідентифікують його особу (паспорт, страховий поліс, медичну карту, виписку зі стаціонару тощо).

Медичні працівники бригади не зобов'язані знімати в квартирі взуття. У разі відмови від надання екстреної медичної допомоги до прибуття бригади (пацієнту стало краще, медичної допомоги не потребує тощо) особа, яка здійснювала виклик, повинна повідомити про це диспетчера станції.

Станція не несе відповідальності за виклики, які не могли бути своєчасно виконаними у разі неправильно вказаної абонентом адреси, відсутності нумерації будинків, відсутності покажчиків назв вулиць, ненадання інформації про наявність кодового замка під'їзду, у випадку несправності переговорних пристроїв (домофонів), заторів та перешкод на автодорогах тощо.

У разі, коли пацієнт недоступний для надання екстреної медичної допомоги (знаходиться у водоймі, на кризі, на висоті, у глибокій ямі, в колодязі, шахті, цистерні, затиснутий уламками транспортних засобів, будівельних конструкцій тощо), бригада надає медичну допомогу тільки після прибуття аварійно-рятувальних служб, які повинні доставити пацієнта у безпечне для нього та бригади місце. Пацієнт, його родичі або законні представники та оточуючі не мають права вимагати від медичних працівників бригади виконання ними своїх професійних обов'язків у разі загрози їх здоров'ю та життю до усунення цієї загрози аварійно-рятувальними службами або до прибуття працівників правоохоронних органів.

У випадках агресивної поведінки пацієнтів або осіб, які їх оточують, зокрема тих, які перебувають у стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння, гострого психічного розладу та загрожують здоров'ю або життю медичних працівників бригади, надання медичної допомоги і транспортування пацієнтів здійснюються у присутності працівників правоохоронних органів.

У зазначених вище випадках бригада має право не надавати медичну допомогу до прибуття працівників правоохоронних органів.

Керівник бригади на вимогу пацієнта (або його законного представника) зобов'язаний надати інформацію в доступній формі про стан його здоров'я, про лікувальні заходи та прогноз щодо можливого перебігу захворювання.

Інформовану згоду/відмову на проведення необхідної екстреної медичної допомоги та транспортування до лікувально-профілактичного закладу пацієнт (або його законний представник) повинен підтвердити підписом у карті виїзду швидкої медичної допомоги.

Екстрена медична допомога без згоди пацієнта (або його законного представника) надається у випадках, передбачених чинним законодавством України.

У разі, якщо пацієнта не госпіталізовано до лікувально-профілактичного закладу після надання медичної допомоги, керівник бригади передає інформацію про пацієнта до амбулаторно-поліклінічного закладу для нагляду дільничним (сімейним) лікарем-терапевтом (педіатром) або черговим лікарем пункту невідкладної медичної допомоги для дорослого (дитячого) населення.

Рішення щодо необхідності екстреного транспортування пацієнта за медичними показаннями до лікувально-профілактичного закладу приймає керівник бригади.

У разі транспортування до лікувально-профілактичного закладу пацієнта може супроводжувати лише одна особа (родич або його законний представник) з дозволу керівника бригади.

У разі транспортування дітей віком до трьох років можливий супровід двох осіб.

Дітей до 18-ти років у разі транспортування до лікувально-профілактичного закладу обов'язково повинен супроводжувати родич або його законний представник, або співробітник дитячої установи, якщо він перебуває на місці виклику.

У разі смерті пацієнта до приїзду або в присутності бригади інформація передається до амбулаторно-поліклінічного закладу за місцем виклику, на пункт невідкладної медичної допомоги для дорослого (дитячого) населення.

Станція Е(Ш)МД не приймає викликів та не виїжджає:

при різноманітних захворюваннях (гострих та хронічних), легких травмах і нещасних випадках, які не загрожують життю хворого чи постраждалого та інвалідизацією;

для виконання лікувальних процедур в амбулаторних чи стаціонарних умовах, призначених лікарями інших лікувально-профілактичних закладів;

для перевезення хворих та постраждалих з лікувальних закладів додому чи до іншого лікувального закладу, а також консультантів;

для надання медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах бригади Е(Ш)МД не викликаються. Екстрена медична допомога пацієнтам надається силами медичного персоналу цієї лікувальної установи в повному обсязі;

до осіб, які перебувають у нетверезому стані і не потребують або відмовляються від екстреної медичної допомоги, а також для визначення ступеня алкогольного чи наркотичного сп'яніння;

до психічнохворих, дії яких не викликають загрози оточуючим та самим собі (згідно з п. 6. ст. 11 Закону України «Про психіатричну допомогу»);

для огляду та вивозу трупів та складання актів про смерть;
для перевезення інфекційних хворих у лікарні (крім пацієнтів у важкому стані).

У разі, коли приймається виклик від особи, яка не пересвідчилася особисто у необхідності надання екстреної медичної допомоги постраждалому (хворому) та не отримала його згоди на виклик бригади Е(Ш)МД, диспетчер «103» повідомляє особі, яка здійснює виклик, про кримінальну відповідальність за залишення постраждалого (хворого) без необхідної допомоги. У цьому випадку диспетчер ставить вимогу до особи, що викликає, негайно пересвідчитись у тому, що постраждалий (хворий) дійсно потребує екстреної медичної допомоги. Отримавши відмову у виконанні цієї вимоги, диспетчер «103» відмовляє у прийнятті виклику, вважаючи його необґрунтованим, та повідомляє про це старшому лікарю.

У разі звертання на станцію з приводу, що не потребує медичної допомоги бригади Е(Ш)МД, питання про відмову в прийомі виклику вирішує старший лікар зміни, про що обов'язково повідомляє особу, що здійснює виклик.

Такий виклик обов'язково реєструється за сталою формою у відповідному журналі. Особі, яка викликає, надається порада про те, куди потрібно звертатися по допомогу, номер телефону та місце знаходження рекомендованого медичного закладу.

В окремих випадках таке звертання може бути передано старшим лікарем зміни до іншого медичного закладу, про що обов'язково повідомляється особі, яка викликає.

При відмові у прийнятті виклику інформація про виклик передається старшим лікарем зміни до поліклініки за місцем проживання хворого.

Екстрена медична допомога надається пацієнтам відповідно до стандартів надання екстреної медичної допомоги, директивних і нормативних документів Міністерства охорони здоров'я України.

На станції Е(Ш)МД проводиться поетапний контроль часу обслуговування викликів: від приймання диспетчером до закінчення обслуговування виклику бригадою та повернення бригади на станцію.

Прибуття бригади на виклик здійснюється в межах нормативу часу відповідно до директивних і нормативних документів МОЗ України. При прибутті керівник бригади повідомляє диспетчера-евакуатора по радіостанції. У разі відсутності повідомлення бригади про прибуття на виклик у вказаний термін, диспетчер-евакуатор з'ясовує причину неприбуття бригади на виклик та здійснює заходи для повідомлення особи, яка викликає, про причину затримки виклику і надає рекомендації щодо надання першої медичної допомоги.

Інформація про стан здоров'я, діагноз, дані медичного обстеження пацієнтів є лікарською таємницею. Інформація про пацієнта є конфіденційною і надається у порядку, визначеному чинним законодавством України.

Громадяни, які висловили стосовно диспетчера, медичного працівника бригади образи, погрози або вчинили хуліганські дії, заподіяли шкоду його здоров'ю або майну, несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.

Відповідно до ст. 183 Кодексу України про адміністративні правопорушення завідомо неправдивий виклик швидкої медичної допомоги тягне за собою накладення штрафу від трьох до семи неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1119 закріплено норматив прибуття бригад Е(Ш)МД допомоги на місце події за зверненнями, що належать до категорії екстрених, у містах — 10 хвилин, у населених пунктах поза межами міста — 20 хвилин з моменту надходження звернення до диспетчера оперативно-диспетчерської служби Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1118 встановлено вимоги щодо інформування бригад Е(Ш)МД допомоги про виклик екстреної медичної допомоги та їх направлення на місце події з метою забезпечення своєчасного надання екстреної медичної допомоги людині, яка перебуває у невідкладному стані, недопущення випадків неприбуття або не-своєчасного прибуття бригад на місце події. Інформація про необхідність надання екстреної медичної допомоги від будь-якої особи, яка звернулася по її надання, або оператора системи екстреної допомоги населенню за єдиним номером 112 надходить до оперативно-диспетчерської служби Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф для опрацювання та передачі бригадам. Оператори телекомунікації здійснюють маршрутизацію дзвінків за єдиним телефонним номером екстреної медичної допомоги 103 від осіб, які перебувають у межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці (Автономна Республіка Крим, області, м. Київ та Севастополь), або повідомлень від операторів системи екстреної допомоги населенню за єдиним номером 112 до диспетчерської служби Центру відповідної адміністративно-територіальної одиниці в порядку, визначеному Адміністрацією Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації.

З метою забезпечення контролю за своєчасністю отримання викликів та реагування на них програмно-апаратним комплексом 103 здійснюється електронна фіксація часу надходження виклику та запис голосу, який зберігається протягом встановленого терміну.

1.2. Медично-правові основи з надання домедичної допомоги в екстремальних ситуаціях

Систему екстреної медичної допомоги, відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу», становлять Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції Е(Ш)МД, бригади Е(Ш)МД, відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

Законом України «Про екстрену медичну допомогу» в ст. 5 встановлено, що будь-яка особа має право на безкоштовну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу. При цьому іноземці, особи без громадянства, особи, які утримуються під вартою або відбувають покарання у вигляді позбавлення волі, забезпечуються екстреною медичною допомогою в порядку, встановленому Кабінетом міністрів України.

Згідно зі ст. 4 Закону України «Про екстрену медичну допомогу», виклик екстреної медичної допомоги здійснюється безкоштовно за телефонними номерами 103 або 112.

Крім того, Законом України «Про екстрену медичну допомогу» передбачається обов'язок кожного, хто виявить людину в невідкладному стані, вжити заходів для забезпечення їй екстреної медичної допомоги, викликати допомогу по телефону, по можливості надати допомогу, в тому числі шляхом транспортування до медичного закладу.

Встановлено, що для вжиття цих заходів можна, зокрема, звернутися на будь-яке підприємство, до установи чи організації з проханням надати транспорт для перевезення людини в невідкладному стані до найближчого місця надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги або іншої установи охорони здоров'я.

Підприємства, установи та організації, а також водії-приватники зобов'язані безкоштовно доставити людину в невідкладному стані до найближчої медичної установи.

Цим же законом встановлено: якщо під час перевезення бригадою Е(Ш) МД у пацієнта виникають раптові ускладнення, які не можуть бути усунені медичним персоналом цієї бригади, такий пацієнт доставляється до найближчого медичного закладу незалежно від його форми власності.

Відмова в наданні медичної допомоги таким пацієнтам заборонена і тягне за собою відповідальність.

Співробітники відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги зобов'язані надати екстрену медичну допомогу пацієнту з моменту його прибуття до відділення незалежно від того, супроводжує його бригада швидкої допомоги чи інші особи. Відмова у прийнятті такого пацієнта або наданні йому допомоги також заборонена і тягне за собою кримінальну відповідальність.

Важливо також знати, що на ряд осіб Законом України «Про екстрену медичну допомогу» покладено обов'язок надання домедичної допомоги, тобто невідкладних дій і заходів, спрямованих на порятунок і збереження життя людини в невідкладному стані та мінімізацію наслідків цього стану для її здоров'я. Така допомога надається на місці особами, які не мають медичної освіти, але у зв'язку зі своїми службовими обов'язками володіють основними практичними навичками з порятунку і збереження життя людини.

Згідно зі ст. 12 Закону України «Про екстрену медичну допомогу», домедичну допомогу особам, які перебувають у невідкладних станах, зобов'язані надавати рятувальники аварійно-рятувальних служб, пожежники, міліціонери, фармацевти, провідники залізничного транспорту, бортопровідники, інші особи, які в зв'язку зі своїми службовими обов'язками повинні володіти відповідними навичками.

Відповідно до ст. 15 Закону України «Про екстрену медичну допомогу», особи, винні в порушенні положень цього Закону, несуть дисциплінарну, адміністративну, кримінальну або цивільно-правову відповідальність за:

- ненадання без поважних причин домедичної і медичної допомоги або необґрунтовану відмову в її наданні;

- ненадання без поважних причин наявного транспорту для безкоштовного перевезення особи, яка перебуває у невідкладному стані, до медичної установи;

- несвоєчасне надання екстреної медичної допомоги або створення перешкод для її надання;

- необґрунтовану відмову в передачі або прийнятті викликів екстреної медичної допомоги.

Якщо ж особа сама поставила себе в небезпечний для життя стан або через своє правове становище повинна була піклуватися про нього, кримінальна відповідальність настає за ст. 135 Кримінального кодексу України за залишення в небезпеці. Обидві ці статті передбачають різні види пока-

рання аж до позбавлення волі. Крім того, ст. 124-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення передбачена адміністративна відповідальність за ненадання транспортного засобу, щоправда, тільки медичним працівникам і міліції — за це встановлено штраф у сумі від 68 до 136 грн.

Згідно зі ст. 7 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» визначено, що Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є закладом охорони здоров'я, основне завдання якого — забезпечення організації та надання екстреної медичної допомоги на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Типове положення про Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 № 1116 визначає, що Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (далі — Центр) — заклад охорони здоров'я, що забезпечує на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці (Автономна Республіка Крим, область, мм. Київ та Севастополь) організацію та надання екстреної медичної допомоги пацієнтам і постраждалим, які перебувають у невідкладному стані (далі — пацієнти і постраждалі), у повсякденних умовах, особливий період та під час ліквідації наслідків НС.

У Кодексі цивільного захисту у ст. 17 гл. 4 р. 3 зазначено, що серед низки повноважень ДСНС України забезпечує, у межах своїх повноважень, реалізацію державної політики з питань медичного та біологічного захисту населення у разі виникнення НС; здійснює ліквідацію медико-санітарних наслідків НС, надання екстреної медичної допомоги у зоні НС (осередку ураження) постраждалим та рятувальникам, заходи з медичного забезпечення (лікувально-профілактичні, санітарно-гігієнічні, медичне постачання та санаторно-курортне лікування) осіб рядового і начальницького складу, ветеранів служби цивільного захисту (війни) та членів їхніх сімей.

У ст. 22 гл. 5 р. 3 Кодексу цивільного захисту уточнено, що одним з основних завдань сил цивільного захисту є надання екстреної медичної допомоги постраждалим у районі НС і транспортування їх до закладів охорони здоров'я. Також у п. 9. ст. 23 гл. 5 р. 3 зазначено, що особливим видом аварійно-рятувальних служб є служби медицини катастроф, які діють у складі Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф системи екстреної медичної допомоги, що створюються органами влади Автономної Республіки Крим, областей, міст Києва та Севастополя.

У ст. 36 гл. 9 р. 4 Кодексу цивільного захисту «Медичний захист, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» визначено, що медичний захист і забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення включає:

надання медичної допомоги постраждалим внаслідок НС, рятувальникам та іншим особам, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт, гасіння пожеж, проведення їх медико-психологічної реабілітації.

Медична допомога населенню забезпечується службою медицини катастроф, керівництво якою здійснює центральний орган виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;

планування і використання сил та засобів закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності;

своєчасне застосування профілактичних медичних препаратів та своєчасне проведення санітарно-протиепідемічних заходів;
контроль за якістю та безпекою харчових продуктів і продовольчої сировини, питної води та джерелами водопостачання;

завчасне створення і підготовку спеціальних медичних формувань;
утворення в умовах надзвичайних ситуацій необхідної кількості додаткових тимчасових мобільних медичних підрозділів або залучення додаткових закладів охорони здоров'я;

накопичення медичного та спеціального майна і техніки;
підготовку та перепідготовку медичних працівників з надання екстреної медичної допомоги;

навчання населення способів надання домедичної допомоги та правил дотримання особистої гігієни;

здійснення заходів з метою недопущення негативного впливу на здоров'я населення шкідливих факторів навколишнього природного середовища та наслідків надзвичайних ситуацій, а також умов для виникнення і поширення інфекційних захворювань;

проведення моніторингу стану навколишнього природного середовища, санітарно-гігієнічної та епідемічної ситуації;

санітарну охорону територій та суб'єктів господарювання в зоні надзвичайної ситуації;

здійснення інших заходів, пов'язаних з медичним захистом населення, залежно від ситуації, що склалася.

Здійснення заходів медичного захисту населення покладається на суб'єктів забезпечення цивільного захисту.

У п. 7. ст. 48 гл. 11 р. 5 Кодексу цивільного захисту зазначено, що атестацію формувань та працівників служби медицини катастроф щодо відповідності фахового рівня підготовки та стану здоров'я для надання екстреної медичної допомоги постраждалим безпосередньо в зоні НС проводить атестаційна комісія центрального органу виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я. Порядок проведення такої атестації встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Надання медичної та психологічної допомоги регламентується нормами ст. 87 гл. 17 р. 6 Кодексу цивільного захисту, де визначено, що постраждалі під час НС мають право на надання їм безоплатної медичної допомоги та отримання безоплатної психологічної допомоги.

У п. 11. ст. 90 гл. 18 р. 7 Кодексу цивільного захисту перепідготовка та підвищення кваліфікації медичних працівників з числа осіб рядового і начальницького складу служби цивільного захисту та працівників професійних аварійно-рятувальних служб проводиться відповідно до законодавства у сфері охорони здоров'я. Це питання регламентується відповідними відомчими наказами МОЗ України.

Відповідно до вимог Кодексу цивільного захисту України в державі запроваджено систему медичного забезпечення рятувальників та постраждалого населення під час проведення аварійно-рятувальних робіт. ДСНС на виконання вищезазначеного Закону України створено мобільні пункти охорони здоров'я та введено до штатів пожежно-рятувальних підрозділів посади середніх медичних працівників (фельдшерів-рятувальників). Головним їх при-

значенням є надання ЕМД особам, що її потребують безпосередньо в зоні НС на підставі уніфікованих (стандартизованих) медичних протоколів.

У системі ДСНС України на сьогодні існує така відомча медична підсистема, яка призначена для оперативного медичного реагування на НС техногенного та природного характеру:

- медичний відділ ДСНС України (управлінська структура);

- мобільний госпіталь ДСНС України, який є формуванням державного рівня Державної служби медицини катастроф;

- мобільні пункти охорони здоров'я при ГУ ДСНС України в Автономній Республіці Крим та областях;

- фельдшерські групи пошуково-рятувальної і парашутно-десантної служби Спеціального авіаційного загону ДСНС України;

- медичні фахівці (фельдшери) у складі чергових варт пожежно-рятувальних підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту ДСНС України.

1.3. Оснащення, що використовується для надання домедичної допомоги

Аптечки, сумки, набори, комплекти створюються (формуються) за спеціальними описами. В описах вказують перелік предметів, їх кількість, терміни зберігання та укладку. В описах є вільні графи, в яких роблять помітки про зміну в наявності предметів, що входять у комплекти, або їх оновлення.

У мирний час у комплекти вкладають тільки ті предмети, що при тривалому зберіганні не змінюють своїх властивостей або якості. Предмети, що мають обмежені терміни зберігання, вкладають у комплекти в скорочених кількостях відповідно до описів. Нестійкі препарати в комплекти зовсім не вкладають і тільки в разі потреби їх поповнюють.

Лікарські засоби перед закладанням у комплект (сумку) розфасовують у скляні флакони різної місткості. Після заповнення флакони закупорюють герметичною гумовою пробкою і закривають кришкою. Хірургічні інструменти та інші металеві вироби перед закладанням у комплект консервують. Кожна упаковка з лікарським засобом або медичним предметом повинна мати етикетку, на якій вказуються: найменування предмета, рік виготовлення, серія або номер і дата аналізу, дата консервації, дата розфасування. Етикетка завіряється підписами фасувальника і контролера.

Для забезпечення цілості медичного майна при збереженні аптечки, сумки, комплекти, окремі апарати і прилади містяться в сухих опалювальних приміщеннях у пакетах на піддонах, невеликої кількості — на стелажах.

Майно групових аптечек міститься у спеціальних металевих футлярах, закріплених на борту або в кабіні бойової техніки, вміст сумок — у спеціальних сумках. Футляри і сумки розраховуються під визначений перелік майна і мають для кожного предмета чарунку відповідного розміру. У сумці місця розміщені таким чином, що при її відкриванні всі предмети потрапляють у поле зору. Предмети комплекту «Фельдшерський» містяться у спеціальній металевій скриньці, при розкриванні якої забезпечується вільний доступ до всіх препаратів.

Медичне майно функціональних комплектів упаковане у стандартну тару, яка призначена для тривалого використання і для забезпечення збереження в ній майна від впливу клімато-географічних умов, уражаючих факторів

сучасних видів зброї та під час транспортування. З цією метою використовуються чотири типи спеціальних пакувальних медичних скриньок, що відрізняються між собою розмірами та масою.

Для надання першої медичної допомоги на полі бою та в осередках масових санітарних втрат використовуються предмети індивідуального медичного оснащення, аптечки групові, сумки.

Індивідуальне медичне майно призначене для зниження вражаючої дії сучасних видів зброї на особовий склад, а також для надання першої медичної допомоги у вигляді само- і взаємодопомоги. З цією метою прийняті на забезпечення такі табельні засоби:

аптечки (індивідуальна, медична індивідуальна, авіаційна, десантна, бортова);

індивідуальні пакети (перев'язувальний та протихімічний);

таблетки для знезараження води.

У складних клімато-географічних умовах можливе використання і нетабельних предметів: грілки хімічної, окулярів світлозахисних, сітки захисної, репелентів та інших засобів.

Аптечка індивідуальна призначена для попередження або зниження вражаючої дії факторів сучасних видів зброї, а також для надання першої медичної допомоги при появі ознак ураження. В аптечці містяться лікарські засоби, які вживаються або за командою (розпорядженням) командира, або самостійно залежно від наявності уражень та з урахуванням конкретних обставин.

При комплектуванні аптечки враховувалось забезпечення можливості швидкого пошуку необхідних лікарських засобів не тільки у світлі проміжки доби, а й у темряві (вночі), а також при ураженнях органу зору. У зв'язку з цим лікарські засоби в аптечці розміщуються послідовно, у спеціальних гніздах і різняться формою та кольором упаковки.

Аптечка індивідуальна являє собою пластмасову коробку невеликого розміру, на внутрішньому боці кришки якої на кольоровому аркуші вказано перелік та основне призначення лікарських засобів. Маса аптечки — 100 г.

Аптечка індивідуальна (AI-2) призначена для самопомоги при пораненнях та опіках (обезболювання), для профілактики або послаблення ураження радіоактивними речовинами, бактеріальними засобами та отруйними речовинами. Використовується у разі виникнення НС воєнного часу.

У комплекті аптечки є інструкція, на внутрішньому боці кришки нанесена схема розміщення препаратів у аптечці. В її гніздах зберігаються такі медичні засоби індивідуального захисту.



Рис. 1.1. Аптечка індивідуальна (AI-2)

У гнізді № 1 міститься шприц-тюбик з протибольовою речовиною. Застосовується при великих ранах, опіках і переломах.

У гнізді № 2 розміщений пенал червоного кольору. У ньому є 6 таблеток тарену для запобігання (ослаблення) ураження фосфорорганічними речовинами. Приймати потрібно по одній таблетці при сигналі «Хімічна тривога». При наростанні ознак отруєння необхідно прийняти ще одну таблетку. Після прийому першої таблетки слід одягнути протигаз; другу можна приймати не раніше ніж через 5–6 год.

У гнізді № 3 у великому білому пеналі міститься 15 таблеток сульфадиметоксину — протибактеріального засобу. Застосовують його при появі шлунково-кишкових розладів, які часто виникають після опромінення. У першу добу прийняти 7 таблеток за один раз, а в наступні 2 доби — по 4 таблетки.

У гнізді № 4 у двох восьмигранних пеналах рожевого кольору розміщені по 6 таблеток цистаміну — радіозахисного засобу № 1. Приймають 6 таблеток за 1 прийом при загрозі опромінення. При новій загрозі опромінення, але не раніше ніж через 4–5 год. після першого прийому, рекомендується ще 6 таблеток.

У гнізді № 5 є 2 білі однакові чотиригранні пенали з протибактеріальним препаратом № 1 (тетрациклін, гідрохлорид). Приймати слід 5 таблеток за один прийом при безпосередній загрозі або бактеріальному зараженні, а також при пораненнях і опіках. Через 6 год. після першого прийому слід прийняти ще 5 таблеток.

У гнізді № 6 міститься пенал з 10 таблетками радіозахисного засобу № 2 — йодистим калієм. Приймати його потрібно по одній таблетці щоденно протягом 10 днів після випадання радіоактивних речовин і особливо при вживанні свіжого молока. Препарат ефективний, якщо його введено в організм за 30–60 хв. до опромінення або вживання забрудненої радіоактивними речовинами їжі та води. Захисні властивості зберігаються протягом 5–6 год. з моменту прийому.

У гнізді № 7 є пенал голубого кольору з протиблювотним препаратом етаперазином (5 таблеток). Приймати необхідно по одній таблетці зразу після опромінення або при появі нудоти після удару в голову.

Дітям до 8 років препарати аптечки слід давати по $\frac{1}{4}$ таблетки, крім радіозахисного препарату № 2; дітям від 8 до 15 років — по $\frac{1}{2}$ таблетки, а протибольовий і радіозахисний препарат № 2 — у повному обсязі.

Пакет перев'язувальний індивідуальний призначений для надання допомоги при пораненнях та опіках. Він складається з двох ватно-марлевих подушечок розміром 32 x 17,5 см, бинта розміром 10 см x 7 м. Одна подушечка пришта на кінці бинта, а друга вільно пересувається по ньому. Подушечки і бинт стерильні, упаковані в пергаментний папір. Зовнішній чохол пакета виготовляється з прогумованої тканини. Така подвійна упаковка перев'язувального матеріалу забезпечує надійне збереження його стерильності. У пакет вкладається шпилька. На чохла написано правила користування пакетом. Накладаючи пов'язку, пакет беруть у ліву руку, а правою по лінії надрізу відкривають зовнішній чохол і виймають внутрішню упаковку. Вийнявши шпильку, знімають папір і розгортають перев'язувальний матеріал, не торкаючись руками внутрішньої поверхні подушечок, тобто тієї поверхні, що прикладатиметься до рани. Той, хто надає допомогу, може братися руками лише за прошиту кольоровими

нитками поверхню подушечок. Подушечку прибінтовують, кінець бинта закріплюють шпилькою.

При наскрізних ранах рухому подушечку пересувають по бинту на потрібну відстань, щоб закрити вхідний і вихідний отвори рани. Зовнішній чохол пакета, внутрішня поверхня якого стерильна, використовується для накладання герметичних пов'язок.

Відкривати пакет потрібно після того, як місце поранення (опіку) буде підготовлене для накладання пов'язки. У тих випадках, коли доступу до рани перешкоджає одяг або взуття, їх треба розрізати (краще по швах), також можна зробити й інші розрізи.

Аптечка автомобільна. Наказом МОЗ України від 28.09.1998 № 187 затверджено перелік лікарських засобів, які повинні бути в медичних аптечках першої медичної допомоги.

Перелік лікарських засобів, які повинні бути у медичних аптечках першої медичної допомоги для пасажирських легкових з кількістю пасажирів до 9 осіб та вантажних транспортних засобів (автомобільна аптечка — 1)

1. Засоби для зупинки кровотечі, накладання пов'язок при травмах
 - 1.1. Джгут для зупинки кровотечі — 1 од.
 - 1.2. Бинт стерильний 5 м x 10 см — 1 од.
 - 1.3. Серветки з хлоргексидином 6 см x 10 см — 2 од.
 - 1.4. Серветки кровоспинні з фурагіном 6 см x 10 см — 2 од.
 - 1.5. Пакет перев'язочний стерильний — 1 од.
 - 1.6. Лейкопластир у рулоні 5 см x 5 м — 1 од.
 - 1.7. Пластир бактерицидний 2,3 см x 7,2 см — 4 од.
 - 1.8. Косинка медична перев'язочна 50 см x 50 см — 1 од.
2. Антисептичні засоби
 - 2.1. Розчин йоду 5% — 10 мл — 1 фл.
3. Знеболюючі та серцеві засоби
 - 3.1. Буторфанолу тартрат 0,2% — 1 мл у шприц-тюбику — 2 од.
 - 3.2. Нітрогліцерин 1% в капсулах (0,0005) — 20 капс.
4. Додаткові засоби
 - 4.1. Ножиці з тупими кінцями — 1 од.
 - 4.2. Рукавички медичні № 8 з поліетилену — 1 пара.
 - 4.3. Плівка (клапан) для проведення штучної вентиляції легенів — 1 од.
 - 4.4. Сульфацил-натрій 20% — 1 мл у шприц-тюбику 2 од.
 - 4.5. Булавки англійські — 6 од.
 - 4.6. Портативний апарат для штучної вентиляції легенів — 1 од.
5. Інструкція про користування засобами автомобільної аптечки
6. Футляр для аптечки — 1 од.

Перелік лікарських засобів, які повинні бути у медичних аптечках першої медичної допомоги для пасажирських транспортних засобів з кількістю пасажирів понад 9 осіб (автомобільна аптечка — 2)

1. Засоби для зупинки кровотечі, накладання пов'язок при травмах
 - 1.1. Джгут для зупинки кровотечі — 3 од.
 - 1.2. Бинт стерильний 5 м x 10 см — 6 од.

- 1.3. Серветки з хлоргексидином 6 см x 10 см — 9 од.
- 1.4. Серветки кровоспинні з фурагіном 6 см x 10 см — 9 од.
- 1.5. Пакет перев'язочний стерильний — 4 од.
- 1.6. Лейкопластир в рулоні 5 см x 5 м — 3 од.
- 1.7. Пластир бактерицидний 2,3 см x 7,2 см — 10 од.
- 1.8. Косинка медична перев'язочна 50 см x 50 см — 3 од.
- 1.9. Шворка для фіксації шин — 10 м
2. Антисептичні засоби
- 2.1. Розчин йоду 5% — 10 мл — 2 фл.
3. Знеболюючі та серцеві засоби
- 3.1. Буторфанолу тартрат 0,2% — 1 мл у шприц-тюбику — 6 од.
- 3.2. Нітрогліцерин 1% в капсулах (0,0005) — 40 капс.
4. Додаткові засоби
- 4.1. Ножиці з тупими кінцями — 2 од.
- 4.2. Рукавички медичні № 8 з поліетилену — 4 пари
- 4.3. Плівка (клапан) для проведення штучної вентиляції легень — 4 од.
- 4.4. Гіпотермічний портативний пакет-контейнер — 4 од.
- 4.5. Сульфацил натрію 20% — 1 мл у шприц-тюбику — 4 од.
- 4.6. Булавки англійські — 12 од.
- 4.7. Термопокривало — 4 од.
- 4.8. Комірці для фіксації шийного відділу хребта, комплект: 4 розміри для дорослих; 1 дитячий — 1 од.
- 4.9. Шини еластичні типу SAM SPLINT
- 4.9.1. Для верхніх кінцівок — 4 од.
- 4.9.2. Для нижніх кінцівок — 6 од.
- 4.10. Портативний апарат для штучної вентиляції легень типу АМБУ — 1 од.
5. Інструкція про користування засобами автомобільної аптечки
6. Футляр для аптечки — 1 од.



Рис. 1.2. Автомобільна аптечка — 1



Рис. 1.3. Автомобільна аптечка — 2

Необхідно своєчасно поновлювати або замінювати лікарські засоби після їх використання чи закінчення терміну дії.

Таблетки для знезараження води. Як засіб для знезараження індивідуальних запасів води (у флягах) довгий час використовувався препарат

на основі дихлорсульфоамідобензойної кислоти, яка містила по 3 мг активного хлору. Одна таблетка забезпечувала знезараження однієї фляги (800 мл) води. Причому, воду для пиття можна було використовувати через 30–40 хв. після розчинення таблетки.

Для індивідуального забезпечення зараз використовуються в основному таблетки аквасепту, дія якого зумовлена натрієвою сіллю дихлорізоціанурової кислоти, що містить 4 мг активного хлору. Одна таблетка аквасепту знезаражує воду в кількості одного літра за 30 хв. У порівнянні з пантоцидом аквасепт має такі переваги: добра розчинність у воді, стабільність при зберіганні, менша токсичність, незначна залежність бактерицидної активності від рН води, властивість не змінювати кольору води.

Накидка медична призначена для індивідуального захисту поранених та хворих від несприятливих метеорологічних факторів (низька температура, опади, інтенсивна сонячна радіація тощо).

Накидка медична являє собою плівку, металізовану з одного боку напильням алюмінію. Збереження температури у поранених при загортанні в медичну накидку досягається внаслідок значного зменшення теплового випромінювання тіла металізованим шаром накидки. Тривалість захисту від переохолодження при температурі повітря -20°C — до 3-х год. Можлива кількість використання — 1–3 цикли.

Грілка хімічна призначена для зігрівання поранених і хворих на етапах медичної евакуації в холодну пору року. Може використовуватись також для профілактики відморожень.

Вміст грілки складається із суміші різних речовин: чавунного порошку, хлориду натрію та хлориду алюмінію, які вміщені в тришарову обкладинку з отвором для заливання води. Через 15–20 хв. після того, як закипить вода, грілка нагрівається до температури $60\text{--}70^{\circ}\text{C}$. Ця температура зберігається протягом 6–7 год. Хімічна грілка придатна для багаторазового використання (до 10 разів).

Для того щоб уникнути самозапалювання і появи пожеж при перевезенні та зберіганні хімічних грілок особливу увагу необхідно приділити захисту її від потрапляння води.

Окуляри світлозахисні призначені для захисту очей від осліплюючої дії дуже яскравого світла та ультрафіолетової радіації. Виготовляються такі окуляри із темного нейтрального скла. Використовуються особовим складом на місцевості, яка характеризується високою сонячною радіацією.

Сітка захисна призначена для захисту відкритих ділянок обличчя та шиї від укусів літаючих членистоногих. Попередньо сітка змочується репелентом. Відлякуюча дія захисної сітки зберігається протягом 5–7 год.

Репеленти призначені для попередження укусів комах. Наносять їх на відкриті ділянки тіла 1–2 рази на день. До них належать диметилфталат, діетилтолуамід (ДЕТА).

Аптечки групові. Аптечка військова призначена для надання першої медичної допомоги при пораненнях та опіках екіпажів бойових і транспортних засобів на колесах та гусеничному ходу.

До складу аптечки входять лікарські засоби (розчин аміаку 10% по 1 мл, розчин диксафену по 1 мл, 5% спиртовий розчин йоду в ампулах, таблетки пантоциду по 0,0082 г.); перев'язувальні засоби (бинт марлевий стерильний,

пов'язка медична мала стерильна, косинка медична, джгут кровоспинний гумовий).

Вміст аптечки розрахований для надання допомоги 3–4 пораненим та попеченим. Розміщується аптечка в металевій коробці. Коробка закріплюється на бойових і транспортних машинах на постійному місці.

Сумка санітара є табельним оснащенням санітара, санітара-носія, стрілка-санітара, водія-санітара і призначена для надання першої медичної допомоги пораненим, попеченим, ураженим іонізуючим випромінюванням, отруйними речовинами та бактеріальними засобами.

Сумка містить лікарські засоби різних фармакотерапевтичних груп (таблетки тетрацикліну гідрохлориду по 0,1 г, цистаміну по 0,2 г, диметкарбу; розчини аміаку 10 %, йоду 5 % і порошок натрію гідрокарбонату); перев'язувальні засоби (бинти марлеві стерильні, пакети перев'язувальні, індивідуальні пов'язки медичні стерильні малі, лейкопластир, вата стерильна, косинка медична); медичні предмети (джгут кровоспинний гумовий, ножиці, ніж садовий); блокнот і олівець.

Сумка розрахована для надання першої допомоги 30 пораненим та ураженим.

Сумка медична військова є табельним оснащенням санітарного інструктора та фельдшера і призначена для надання першої медичної допомоги пораненим і попеченим, а також для проведення простих лікувальних заходів під час надання амбулаторної допомоги.

До складу сумки входять: лікарські засоби (розчини будаксиму 1 %, промедолу 2 %, аміаку 10 %, антиціану 20 %, йоду 5 %; таблетки сіднокарбу по 0,01 г, «Аскофен», диметкарбу, сульфалену по 0,1 г, тетрацикліну гідрохлориду по 0,1, феназепаму по 0,0005 г, цистаміну по 0,2 г) та перев'язувальні засоби (бинти марлеві стерильні, вата стерильна, пакет перев'язувальний індивідуальний, пов'язка медична стерильна мала, косинка медична, лейкопластир); лікарські предмети та хірургічні інструменти (джгут кровоспинний гумовий, ножиці тупокінцеві, пінцет анатомічний, термометр медичний, трубка ТД-1, ніж садовий); блокнот і олівець.

Сумка розрахована для надання допомоги 30 пораненим, ураженим і хворим.

У разі потреби антидоти та інші лікарські засоби можуть бути використані для поповнення аптечок індивідуальних.

Перев'язувальні засоби стерильні — призначені для накладання пов'язок на рани та опіки при наданні долікарської, першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги в медичних пунктах та лікувальних закладах.

Містить стерильні перев'язні засоби готові до застосування: бинти марлеві стерильні й нестерильні завдовжки 10,7 і 5 м та завширшки 16,14 і 10 см, вату медичну гігроскопічну стерильну; пов'язки медичні великі та малі; подушечки ватно-марлеві великі та малі.

Для накладання компресів, а також шин міститься вата медична. Фіксація пов'язок (на голові, плечі, тулубі тощо) та короткочасна іммобілізація ран кінцівок з пошкодженням кісток здійснюється за допомогою косинки медичної перев'язної. Наприклад, фіксація пораненої кінцівки до здорової, руки — до тулуба.

Всього в комплекті 230 одиниць готових перев'язувальних засобів, розрахованих на 100 поранених і опечених (з невеликою поверхнею опіку).

Шини — призначені для транспортної іммобілізації поранених з пошкодженнями кісток кінцівок та великих поранень м'яких тканин. Містить: шини транспортні для нижніх кінцівок Дитерихса, шини дротяні для нижніх та верхніх кінцівок, шини фанерні завдовжки 1 м, шини (праці) нижньощелепні для підборіддя, пов'язки для шин (для голови та підборіддя).

Комплект розрахований на 50 іммобілізацій, у тому числі при переломах стегнатоюмилки—30, верхніх кінцівок—10, при пораненнях великих суглобів та нервів — 6, великих пораненнях м'яких тканин — 10, при переломах нижньої щелепи — 2.

Перев'язувальні засоби для обпечених стерильні — призначені для накладання пов'язок на великі за площею опіки при наданні першої лікарської, кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги попеченим.

У комплекті містяться марлеві стерильні бинти 7 м x 14 см, стрічка ватно-марлева 2 м x 29 см, пов'язки медичні великі стерильні, пов'язки фіксуючі контурні для кінцівок (великі, середні, малі) та для тулуба, подушечки ватно-марлеві стерильні великі та малі. Розрахований на 100 обпечених.

Аптечка індивідуального медичного захисту (АІМЗ) призначена для оснащення формувань служби цивільного захисту, формувань та органів виконавчої влади, які беруть участь у ліквідації наслідків НС техногенного та природного характеру, та використовується населенням при НС для надання першої медичної допомоги і профілактики.

Таблиця 1.1

Аптечка індивідуального медичного захисту (АІМЗ)

Найменування вкладки	Одиниця виміру	Правила користування
Акватабс 3,5 мг	таблетки	Для знезараження питної води 1 табл. розчинити в 1 л води. Вживати воду через 30 хв.
БіоСтар	таблетки	При перебуванні в зоні радіаційного забруднення або передбаченого впливу радіації на організм. Приймати під час або після вживання їжі. З профілактичною метою 1–2 табл. на добу протягом усього часу перебування в зоні.
Валідол	таблетки	При нервовому збудженні або болю в серці. Покласти 1 таблетку під язик до повного розсмоктування. У разі потреби повторити.
Вугілля активоване	таблетки	При отруєннях. Приймати по 2 табл. на 10 кг ваги тіла після подрібнення і розчинення у воді.
Доксицикліну гідрохлорид	капсули	Протибактеріальний препарат. Приймається при загрозі або прояві інфекційних захворювань — 2 капсули в перший день, потім по 1 капсулі на добу після їжі протягом 3–5 діб.
Калію йодид	таблетки	При випаданні радіоактивних опадів, перебуванні на радіоактивно-забрудненій території, вживанні забруднених продуктів (свіжого молока). Приймати по 1 табл. щодня протягом 10 днів.
Пластир бактеріцидний	упаковка	Зняти захисну плівку, накласти на невелику рану або садно.
Буторфанолу тартрат 0,2% – 1,0	шприц-тюбик	Засіб для знеболювання. Вводиться внутрішньом'язево.
Бинт стерильний (5 м x 10 см)	штук	Для накладання пов'язок.

Універсальна багатоцільова індивідуальна аптечка цивільного захисту «Негайна допомога»

Аптечка призначається для надання першої допомоги у разі травмування, легкого поранення, харчових отруєнь та інших уражень, а також екстреної самодопомоги в умовах хімічного, радіаційного зараження та в осередках інфекційного захворювання.

До комплектації аптечки входять прості, дешеві, безпечні засоби, застосування яких не вимагає спеціальної підготовки. Вкладається вміст аптечки в герметичний компактний поліетиленовий корпус, пристосований для носіння на поясі, у нагрудній кишені чи жіночій сумці.

Вміст аптечки: левоміцетин, йод, сода харчова, борна кислота, пов'язка медична, ентеросорбент, анальгін, бинт медичний, лейкопластир, пакет поліетиленовий, інструкція, перелік вкладень, футляр.

Аптечка має коротку та дохідливу інструкцію:

1. В осередках хімічного зараження парами азотної кислоти або хлору розчинити соду з пакета в одній склянці води (якщо немає склянки — у спеціально вкладеному поліетиленовому пакеті), намочити пов'язку і закрити нею рот та ніс. Після виходу з небезпечного середовища промити цим розчином очі, прополоскати рот і ніс. У осередках розливу аміаку чи лугу замість соди розчинити пакет з борною кислотою, змочити пов'язку та затулити нею рот і ніс. Борна кислота застосовується також як протимікробний засіб для зрощування гнійних осередків і полоскання ротової порожнини.

2. В осередках радіаційного забруднення використати пов'язку, виготовлену зі спеціального матеріалу, як респіратор для захисту верхніх дихальних шляхів від радіаційного пилу та аерозолі. Якщо немає йодистого калію, негайно приготувати і випити радіопротектор (3–5 крапель розчину йоду на склянку води — для дорослих, дітям до двох років — 1–2 краплі).

3. В умовах бактеріологічної небезпеки пов'язку для обличчя використати як засіб медичного захисту дихальних шляхів від інфекційних спор і мікробів. Левоміцетин (доксидиклін) — це ефективний профілактичний і лікувальний засіб проти сибірської виразки, тифу, паратифу, гнійних та інших інфекцій.

4. В осередках повені, затоплень при переохолодженні у воді, температурі, головному, м'язовому, травматичному болю різноманітного походження застосовується баралгін (седалгін, анальгін) з «Багатоцільової аптечки ЦЗ». При захворюванні на дизентерію, інших шлункових інфекціях скористайтесь тетрацикліном (доксидикліном або левоміцетином). При харчових отруєннях вживається ентеросорбент СКН («Біла глина»).

Термін придатного зберігання цих аптечок (5 років) після заміни двох компонентів (левоміцетин і баралгін) може бути подовжено до 10 років.

IFAK. Improved First Aid Kit (IFAK). Склад: назофарингеальна трубка для прочищення дихальних шляхів; різні медичні вироби для зупинки кровотеч: еластичний биндаж, кровоспинний бинт, стискаюча пов'язка, рулонні пластирі на тканинній основі, скотч для фіксації, джгут для застосування під час бойових дій (CAT — Combat Application Tourniquet), який можна накласти однією рукою за 10–30 с, гемостатик Quick Clot Combat Gauze Z-Fold; герметична оклюзійна пов'язка для закриття дефекту у стінці грудної клітки при відкритому пневмотораксі; пункційна голка для декомпресії плевральної порожнини.



Рис. 1.4. Приклади вмісту індивідуальних аптечок (IFAK — Improved First Aid Kit)

Склад аптечки відповідає стандарту індивідуальних аптечок (IFAK — Improved First Aid Kit), які використовуються у більшості країн НАТО. Найбільш реальний та оптимальний склад військової аптечки (за умови, що її складові застосовуватимуться для надання само- та взаємодопомоги) такий:

- пам'ятка із інформацією про особу;
- ручка;
- нетравматичні компактні ножиці;
- велика шпилька;
- назофарингеальна трубка;
- герметична оклюзійна пов'язка для закриття дефекту у стінці грудної клітки при відкритому пневмотораксі;
- пункційна голка для декомпресії плевральної порожнини;
- антисептик для рук;
- розчин антисептика (йод, повідон-йод тощо);
- асептична пов'язка;
- лейкопластир;
- еластичний бинт;
- знеболювальний засіб (опіоїдний анальгетик) у зручній лікарській формі (шприц-тюбик, шприц);
- радіопротектор (щонайменше для профілактики радіаційного ураження щитоподібної залози — калію йодид у таблетках по 0,25, № 10);
- протибактеріальний засіб (антибіотик широкого спектру дії);
- засіб для знезараження питної води (наприклад, аква табс у таблетках, № 10);
- ентеросорбент (вугілля активоване в таблетках по 0,25, № 10 або інший аналог);
- протиблювотний засіб (метоклопрамід у таблетках по 0,01, № 10 або інший аналог);
- 2–3 ампули атропіну;
- 2–3 ампули дротаверину;
- 2–3 ампули дексаметазону;
- каплі для очей (проксиметакаїн або інший аналог для місцевої анестезії);
- шприци;

знезаражувальна серветка на основі спирту;
аерозоль протиопіковий.

Особливу увагу при формуванні аптечки необхідно приділити кровоспинним лікарським засобам та медичним виробам.

Перев'язувальний матеріал. Перев'язувальний матеріал — матеріал, що використовується при операціях і перев'язках для осушення операційного поля, рани, для тампонади і пов'язок. Перев'язувальний матеріал не повинен змінюватися при стерилізації, добре всмоктувати відокремлюване з рани (бути гігроскопічним), не подразнювати тканин рани. Основні перев'язувальні матеріали — марля, вата, лігнін (деревна вата). Замінники: мох, торф, тирса (у марлевих мішечках).

Пакет перев'язувальний індивідуальний стерильний із зовнішньою прогумованою обгорткою — призначений для накладання пов'язок при пораненнях та опіках з метою зупинки кровотечі та захисту ран і опіків від повторного зараження. Являє собою стерильну пов'язку, яка складається з двох ватно-марлевих подушечок розміром 17,5 x 32 см кожна і бинту 10 см x 7 м, які містяться у зовнішній прогумованій обкладинці та внутрішній паперовій. При невеликих розмірах рани або незначних опіках подушечки можуть накладатися одна на одну, а при значних ранах та великих опіках — їх накладають у розгорнутому вигляді. Прогумована обкладинка пакета використовується для накладання оклюзійної пов'язки при відкритому пневмотораксі. Для закріплення бинта під час перев'язок в упаковку пакета вкладається безпечна шпилька. На поверхні прогумованої обкладинки вказано спосіб відкриття та правила користування пакетом, а також рік його виготовлення.



Рис. 1.5. Пакет перев'язувальний індивідуальний стерильний

Марля готується для операцій і перев'язок у вигляді серветок (8x8 см, 50 x 10 см, 50 x 30 см). Від шматка марлі відрізають відповідного розміру серветки, краї обрізу загинаються всередину і серветку складають вчетверо. Серветки застосовують у сухому вигляді або змочені в теплому стерильному ізотонічному розчині хлориду натрію для захисту від висихання очеревини, кишкових петель при лапаротомії. При великих розтинах черевної порожнини нерідко поле операції відгороджують від інших частин черевної порожнини і вправляють випадаючі кишкові петлі з допомогою великих марлевих серветок. До кінців великих серветок іноді пришивають довгі (40 см) тасьми, щоб серветки не були забуті в рані.

Довгі смуги марлі — тампони (ширина 5–10 см, довжина 20–30 см). Краї обрізів загинають усередину і тампони складають спочатку по довжині, потім вчетверо. Серветки для тампонування за способом Мікулича готуються так.

У центрі великої марлевої серветки закріплюють міцним вузлом товсту шовкову нитку. Серветку складають, стерилізують і потім, захопивши центр тампона корнцангом, вводять його в рану у вигляді напіврозкритої парасольки порожнину утвореного мішка обробляють звичайними тампонами, що легко змінюються. Виймають тампон, витягаючи за нитку. Невеликі тампони (10 x 10 см) використовують для осушення рани; їх згортають у вигляді кульки (конверта) так, щоб не могли потрапити в рану окремі нитки, що обсипаються. Застосовують і ватно-марлеві кульки, загорнувши в марлю грудочку гігроскопічної вати. Чисті рани закривають наклейками, які готують із смужок вати, загорнутих у марлю, або такого ж розміру смужок марлі. Вони зміцнюються клеоловою або колодійною пов'язкою.

Стерилізація перев'язувальних матеріалів робиться, як правило, в автоклавах. Поряд з асептичним перев'язувальним матеріалом застосовують антисептичний перев'язувальний матеріал, тобто марлю і вату, просочені розчинами антисептиків (сулема, йодоформ, малахітовий і брильянтовий зелений, фурацилін) або антибіотиків (синтоміцин, біоміцин) з метою впливу на мікробну флору рани або для кращого збереження стерильності матеріалу. Для перев'язки поверхневих ран і саден слугують пластир і бактерицидний папір, просочений солями срібла, яку після змочування стерильною водою і накладають на рану. Перев'язувальний матеріал, просочений кровоспинними засобами, а також біологічні перев'язувальні матеріали — плівка фібрину та гемостатична губка — застосовуються для зупинки кровотеч.

Для надання першої допомоги використовують готові стерильні перев'язувальні пакети з ватно-марлевою подушечкою, з бинтом, з бинтом і шпилькою, подушечки ватно-марлеві розміром 25 x 25 см, 15 x 15 см, 10x10 см, серветки стерильні в пачках по 10 штук 33 x 45 см, 14 x 16 см і стерильні бинти. У польових умовах для зручності зберігання і транспортування застосовується стерильний готовий перев'язувальний матеріал у вигляді комплектів, що містять великі і малі пов'язки, бинти, вату і косинки. На упаковці вказується спосіб розкривання, при якому не порушиться стерильність матеріалу. При використанні приготовлених на фабриці стерильних перев'язувальних матеріалів слід перевірити, чи не порушено цілість оболонок пакета, а значить, і стерильність вмісту.

З метою економії можна застосовувати марлю повторно, після прання, хоча її всмоктувальна здатність зменшується. Повторно можуть використовуватися лише серветки, бинти і тампони, які застосовувалися під час асептичної операції або перев'язки.

Вже використаний перев'язувальний матеріал відмочують у холодній воді або в 0,5% розчині нашатирного спирту, поки не засохла кров, потім перуть, кип'ятять, прополіскують, сушать, стерилізують і використовують винятково при перев'язках.

Перев'язувальний матеріал — матеріал, що застосовується при операціях, перев'язках для захисту рани від вторинного забруднення, висушування її, зупинки кровотечі і видалення гнійний виділень.

Вимоги, що висуваються до перев'язочного матеріалу: добра всмоктувальність (гігроскопічність), капілярність, швидке висихання, можливість стерилізувати, не погіршуючи якість, еластичність, відсутність подразнюючих властивостей тканини.

До перев'язувальних матеріалів належать: марля, вата, лігнін (алігнін), джут (юта), гранульоза, полотно, мох, торф, корпія, прядиво, деревне вугілля, скляна вата тощо; найбільш поширені марля і вата.

Марля — бавовняна тканина різних сортів з рідкою чи густішою сіткою. Біла марля має високу гігроскопічність. У хірургічні відділення надходить марля шматками-рулонами. З неї готують серветки, тампони, бинти різних розмірів, марлеві кульки. Марля добре всмоктує з рани кров, гній.

Серветки, тампони з марлі готують так, щоб кінці ниток були загнуті всередину, щоб уникнути потрапляння і залишення окремих ниток у рані. Серветки й бинти після чистих операцій можуть бути повторно використані після відповідної обробки. Якщо вони просочені кров'ю, їх занурюють у таз і заливають 0,5% водним розчином нашатирного спирту на 2–3 год., після цього нашатирний спирт зливають і знову заливають 0,5% розчином соди на 30–40 хв., після чого перуть, кип'ятять у мильному розчині, прополіскують, висушують і стерилізують звичайним способом. Бинти і серветки, не просочені кров'ю, можна прати і потім стерилізувати. Для повторного використання перев'язувальний матеріал може бути використаний винятково у перев'язних.

Вата виготовляється з бавовни; застосовується або хімічно очищена, знежирена (гігроскопічна), або незнежирена, невибілена — сіра чи проста. Гігроскопічна вата має добру всмоктуваність і швидко висихає, вона збільшує всмоктувальні властивості пов'язки, тому що накладається на рану поверх марлі. Сіра вата застосовується лише під час накладання зігрівальних компресів і як підстилка під гіпсові пов'язки і лонгет.

З гігроскопічної вати заготовляють ватні пензлики для змащування йодом та іншими лікарськими засобами шкіри хворого, а також нігтьових просторів на руках учасників операції.

Лігнін (алігнін), або деревна вата, — тонкі шматочки деревини хвойних дерев, механічно і хімічно оброблені; будучи складені, вони утворюють дірчасту тканину, що добре всмоктує. Лігнін надзвичайно гігроскопічний, усмоктує краще, ніж марля. Його кладуть не прямо на рану, а поверх марлі і невеликого шару вати, бо він легко кришиться і може засмітити рану. Застосовують лігнін при ранах з великою гнійним виділенням.

У хірургічних відділеннях застосовують в основному асептичний перев'язувальний матеріал, приготовлений з марлі і вати. Антисептичний перев'язувальний матеріал, просочений антисептичними речовинами (йодоформ, ксероформ, сулема, карболова кислота тощо), тепер майже не застосовується, оскільки він може викликати подразнення тканин, загигель клітин і навіть загальне отруєння організму; виняток — йодоформенна марля, яку використовують іноді для лікування гнійних ран при кістковому туберкульозі. Деякі автори рекомендують також антисептичні перев'язувальні матеріали, просочені 1% водним розчином анілінових барвників (кристалвіолет, малахітовий та брильянтовий зелений), або препаратами ФБС (фурацилін, бігумаль, синтоміцин), або солями срібла (у вигляді пористого бактерицидного паперу), або антибіотиками для лікування гнійних ран.

З метою місцевої зупинки кровотечі застосовують гемостатичні препарати, отримані з крові та тканин людини і тварин). Найбільше застосовуються гемостатична губка, фібринна плівка, біологічний антисептичний тампон, сухий тромбін, кровоспинна синтетична марля тощо.

Гемостатична губка готується з плазми крові людини з додаванням мозкового тромбопластину та солей кальцію.

Вона являє собою суху пористу масу, добре поглинає вологу; вбираючи кров, вона перетворюється на товсту плівку і закриває дефект у тканинах. Її застосовують у вигляді порошку або окремих масивних шматків. Губка, що залишилася в тканинах, повністю розсмоктується, тому її можна використовувати при кровотечах під час порожнинних операцій. Техніка застосування: стерильним пінцетом губку переносять з розкритого пакета до стерильної посудини або на стерильну марлю. Прикладають губку на поверхню, що кровоточить, злегка притискають (протягом трьох хвилин), після чого губка, перетворюючись на товсту плівку, зупиняє кровотечу.

Фібринні плівки, отримані з плазми людської крові, випускають на целофановій підкладці в запайній пробірці. Перед застосуванням пробірку з плівкою розкривають, дотримуючись правил асептики. Після розкриття пробірки фібринну плівку беруть стерильним пінцетом, звільняють від целофану, промивають антисептичним розчином (5% розчин натрій-сульфатиазолу, 5% розчин натрій-сульфацилу, розчин пеніциліну або риванолу) і накладають на ранову поверхню (наприклад, опіку після попередньої обробки — зняття пухирів та оброблення антисептичним розчином). На плівку накладають антисептичну пов'язку на 3-6 днів.

Біологічний антисептичний тампон (БАТ) є активним гемостатичним і разом з тим антибактеріальним препаратом, призначеним для зупинки кровотечі при нейрохірургічних операціях, операціях у порожнині носа, на матці тощо. Готують його з плазми й сироватки крові людини з доданням желатину, кровоспинних та протимікробних засобів. Сухий тромбін приготровляють із плазми людської крові; застосовують (із дотриманням асептики) при капілярних кровотечах із ран, носових, зубних кровотечах. На місце, що кровоточить, прикладають стерильні марлеві кульки, рясно змочені в розчині тромбіну. Через 5–10 хв. марлеві кульки обережно видаляють, кровотеча зупиняється.

Кровоспинна марля готується окисленням целюлози (звичайної марлі) двоокисом азоту. Випускається у вигляді стерильних серветок розміром 13х13 см у герметично закритих пеніцилінових флаконах. Застосовують як кровоспинний засіб при кровотечах з паренхіматозних органів, а також при капілярній та венозній кровотечах. Перевага кровозупинної марлі полягає в тому, що вона повністю розсмоктується, не викликаючи побічних явищ, і зупиняє кровотечу.

Медичні шини. Медична шина — це пристосування, метою використання якого є фіксація та підтримка в певному стані пошкодженої кінцівки.

Шини застосовуються для лікування переломів як рук, так і ніг. Завдяки тому, що вони дозволяють знерухомити зламану кінцівку, створюються умови для правильного зрощення пошкодженої кістки.

Шини бувають імпровізованими (застосовуються в момент надання першої медичної допомоги постраждалому; виготовляються з підручних твердих матеріалів) і стандартними (виготовлені на промисловому виробництві і продаються у спеціалізованих магазинах).

Стандартні шини застосовуються для повсякденного носіння доти, поки не буде вилікувана травма. До них належать також гіпсові пов'язки, підтримуючі пристрої, спеціальні опори.

Шина Крамера. Одним з найбільш поширених видів шин, застосовуваних при різних переломах, є фіксаційна шина Крамера — являє собою довгу дротяну решітку (драбинку), яка за рахунок своєї гнучкості здатна набирати будь-якої потрібної форми залежно від характеру перелому. Вона буває двох видів: для рук — продається в розмірах 72 см x 12 см; для ніг — 120 см x 12 см.

Шина Дітеріхса. Цю шину сконструював радянський хірург М. М. Дітеріхс (1871–1941) для іммобілізації нижньої кінцівки. Шина дерев'яна, пофарбована. Останнім часом шину виготовляють з легкого нержавіючого металу.

Шинування при переломах залежно від їх локалізації. Переломи кінцівок — досить поширене явище в нашому житті. Таку травму можна дістати, невдало впавши або сильно вдарившись об твердий предмет. Характеризується перелом такими ознаками: гострим болем у пошкодженій кінцівці; появою рухливості там, де її не повинно бути; неможливістю поворухнути постраждалою рукою або ногою.

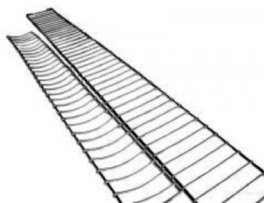


Рис. 1.6. Шина Крамера

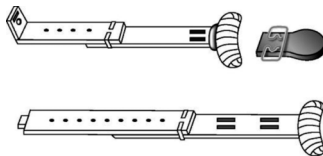


Рис. 1.7. Шина Дітеріхса

Якщо ви стали свідком того, як хтось зламав собі кінцівку, необхідно надати постраждалому першу допомогу до приїзду бригади Е(Ш)МД. Для цього потрібно іммобілізувати пошкоджену руку або ногу, створивши їй такі умови, щоб вона була нерухомо зафіксована в тому положенні, в якому зламані кістки правильно зростаються. Також потрібно пам'ятати, що при накладенні шини Крамера фіксуються як мінімум два прилеглі до місця перелому суглоби, а при переломі плеча — три суглоби. Для іммобілізації поламаної кінцівки найчастіше застосовується шина Крамера. Залежно від локалізації перелому перша медична допомога надається різним способом.

Люди, котрі застосовували на собі шину Крамера, відзначають, що цей пристрій досить ефективний при лікуванні переломів, оскільки допомагає надійно знерухомити в потрібному положенні пошкоджену кінцівку, в результаті чого зламана кістка зростається правильно.

Звичайно, не дуже зручно носити шину, але заради одужання можна й потерпіти, стверджують вони.

Лікарі солідарні з пацієнтами, стверджуючи, що шина Крамера — найбільш ефективне рішення при переломах передпліччя, плеча і гомілки, тому зазвичай саме її застосовують у таких випадках. Щоправда, вона має й недоліки: після кількох разів згинання дріт може перегнутися, і її більше не можна буде використовувати.

Але все ж плюсів шина Крамера має набагато більше, тому популярна при лікуванні переломів.

Шини гнучкі. Шина SAM Splint являє собою тонкий шар алюмінію, покритий з усіх боків ізолюючим пенополіуретановим матеріалом. Шина не має

гострих кутів, гнеться в будь-якому напрямку і не ламається при деформації. Незважаючи на свою гнучкість, шина зразка Sam Splint чудово зберігає форму і дозволяє надійно й акуратно зафіксувати травмовані ділянки — переломи, вивихи та інші травми, при цьому шина надзвичайно легка та компактна. Шина використовується навіть екстремними службами всього світу і є незамінним засобом в аптечці людей, що ведуть активний спосіб життя. Також шина вам замінить шийний комір при травмі шиї.



Рис. 1.8. Шина SAM Splint



Рис. 1.9. Набір гнучких шин

1.4. Морально-психологічний статус, етика та психологічна підготовка рятувальників до надання домедичної допомоги в екстремальних ситуаціях

У разі виникнення нещасного випадку більшість людей не може ефективно надати допомогу постраждалому. Їх неспроможність діяти швидко, рішуче і правильно пояснюється відсутністю відповідних знань, а також сильними емоційними переживаннями, нездатністю угамувати страх та хвилювання. Інколи хвилини вирішують наслідок нещасного випадку — життя або смерть, інвалідність або сприятливий результат. Крім того, травми часто трапляються в таких умовах, коли немає можливості терміново викликати «швидку допомогу» чи в перші хвилини скористатися допомогою лікаря. У таких випадках дуже часто життя людини залежить від колег по роботі, друзів чи просто випадкових людей, що опинилися поруч, їх уміння надати постраждалому першу медичну допомогу до прибуття лікаря.

Основними принципами діяльності аварійно-рятувальних служб, аварійно-рятувальних формувань і рятувальників є:

- принцип гуманізму і милосердя, що передбачає пріоритетність завдань врятування життя та збереження здоров'я людей;

- захист природного середовища при виникненні НС;

- принцип єдиначальності керівництва аварійно-рятувальними службами, аварійно-рятувальними формуваннями;

- принцип виправданого ризику і забезпечення безпеки при проведенні аварійно-рятувальних та невідкладних робіт;

- принцип постійної готовності аварійно-рятувальних служб, аварійно-рятувальних формувань до оперативного реагування на НС та проведення робіт з їх ліквідації.

Надзвичайна ситуація — це порушення нормальних умов життя і діяльності людей на окремому об'єкті або певній території, акваторії, спричинене аварією, катастрофою, стихійним або екологічним лихом, терористичним дією або є результатом воєнних дій, що призвели або здатні призвести

до людських і матеріальних втрат. У НС можливе виникнення складних умов обстановки, які впливатимуть на організацію та проведення заходів медичної допомоги.

Традиційно виділяють такі умови:

масовість, одномоментність (у короткий період часу) виникнення втрат серед населення, різноманітний характер і тяжкість ураження;

порушення працездатності медичних установ, а також комунікацій і шляхів сполучення;

можливе зараження великих районів місцевості, продовольства, води радіоактивними і хімічними речовинами, бактеріальними засобами;

складність санітарно-епідеміологічної обстановки в осередках масового ураження;

невідповідність потреби в силах і засобах охорони здоров'я їх наявності.

Дефіцит ресурсів надання медичної допомоги постраждалим в умовах НС визначає одну з найбільш складних етичних проблем. З нашої точки зору, додатковим чинником, що впливає на організацію заходів надання допомоги, є релігійні переконання індивідуумів. Дійсно, на формування свідомості пацієнтів великий вплив робить релігійно-культурне середовище. Збереження здоров'я і життя хворого або постраждалого не можна відокремити від дотримання принципів свободи особистості, тобто принципу поваги до переконань індивідуума. Очевидно, що без знання культурних особливостей неможливе грамотне надання допомоги в такій багатоконфесійній країні, як наша, а також при наданні гуманітарної і медичної допомоги в інших регіонах світу.

Термін «біоетика» був запропонований у 1970 р американським онкологом Ван Ренсселер Поттером, який вважав як найбільш актуальним завдання об'єднання зусиль представників гуманітарних наук і природознавців (насамперед біологів і лікарів) з метою забезпечення виживання людства в гідних умовах існування. За Поттером, біоетика як «наука виживання повинна бути не просто наукою, а новою мудрістю, яка об'єднала б два найбільш важливі і вкрай необхідні елементи — біологічне знання і загальнолюдську цінності». На первинному етапі біоетика розвивалася в США. У 80-х роках вона дістала визнання і почала активно розроблятися в Західній Європі та Австралії, а з 90-х років — у країнах Східної Європи, в Латинській Америці та Азії (насамперед у Японії та Китаї).

Основне завдання біоетики — дати відповідь на найскладніші моральні проблеми, які лавиноподібно породжує прогрес біомедичної науки і практики. Чи можна і чи потрібно говорити пацієнтові правду про невиліковне захворювання? Евтаназія є злочином чи актом милосердя? Ці та подібні їм питання постають перед людством практично щодня. Покликання біоетики — дати відповідь на них, знайти морально обґрунтоване і соціально ефективне рішення.

Відзначимо також, що рятувальники як експерти мають найбільш достовірні знання, наприклад, про те, як здійснювати пошуково-рятувальні заходи в осередках масового ураження, які медичні процедури слід застосовувати в першу чергу. Тож питання про їх моральну, релігійну або правову допустимість перебуває поза їх професійною компетенцією — воно вимагає обговорення з різних поглядів. Саме тому біоетику розвивають представники багатьох дисциплін: лікарі, біологи, філософи, богослови, психологи, соціологи,

юристи, політики та багато інших. У цьому розумінні біоетика являє собою складний міждисциплінарний феномен. Проблеми настільки складні, що необхідні спільні зусилля людей, що володіють різними видами знань і досвіду.

Принципи і правила біоетики — ставлення до пацієнта як до особистості.

Страждання, яке переживає будь-яка жива істота, викликає почуття жалю в іншій людині, бажання допомогти, дати полегшення страждущому. Співчуття — це ніби відгук на заклик про допомогу, який є особливого роду покликанням чи моральною основою професій — ветеринарної та лікарської, рятувальної. Якщо це почуття у людини не розвинене або пригасло з роками, то говорити про її моральні якості стає важко. Невипадково співчуття (а також дуже близька за значенням до нього моральна якість — милосердя) вважається з найдавніших часів основною лікарською чеснотою.

Пам'ятаючи про цю важливу обставину, не можна забувати і про інше — страждання людини і страждання тварини нерівнозначні.

Тому і ставлення рятувальників до страждаючих істот має бути різним. Саме ця обставина підкреслює фундаментальну вимогу біоетики: моральний обов'язок рятувальника — ставитися до постраждалого як до особистості, і моральний обов'язок постраждалого перед самим собою — залишатися особистістю навіть в умовах травми. Важко поважати особистість того, хто сам у собі її не поважає.

Можна виділити чотири основні принципи біоетики: принцип поваги людської гідності, принцип визнання автономії особистості, принцип благодіяння і не заподіяння шкоди («роби добро і не роби зла!») та принцип справедливості. Правил також чотири.

Це правила правдивості, конфіденційності, недоторканності приватного життя і добровільної інформованої згоди.

У сукупності вони утворюють етичні «координати», які описують моральний статус людини в системі соціальних відносин, в яку вона потрапляє в ситуації захворювання.

Допомога в НС спрямована на благо суспільства в цілому і повинна сприяти зменшенню кількості людських жертв. З цією метою організовується медичне сортування постраждалих, поетапне надання їм відповідної допомоги, а також проводяться протиепідемічні заходи. Проте слід мати на увазі, що при цьому можуть обмежуватися права і свободи окремих постраждалих. При проведенні карантинних або евакуаційних заходів обмежується їх право, а також право їх родичів на свободу переміщення. При поетапному наданні медичної допомоги обмежується право окремого пацієнта на надання лікарської допомоги в максимальному обсязі.

Ризики для здоров'я рятувальників при вильзді на НС. При наданні допомоги в інших країнах після надзвичайних ситуацій рятувальники фактично опиняються в позиції мандрівників. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, мандрівники наражають своє здоров'я на цілу низку ризиків. Таким чином, постає проблема, якою мірою рятувальники можуть ризикувати власним станом здоров'я для порятунку життя людей.

Факторами ризику для здоров'я рятувальників при вильоті на ліквідацію надзвичайних ситуацій є:

- зміна клімату, часового поясу;
- ендемичні інфекційні захворювання;
- стресові впливи.

Із зазначених факторів найлегше запобігати ендемічним інфекційним захворюванням. Для більшості з них розроблені високоефективні вакцини. Однак, щоб дія вакцини була ефективною, після її введення, як правило, має пройти 4–6 тижнів. В умовах НС немає часу на те, щоб провести відповідну вакцинацію рятувальників. Тому в регіони підвищеного ендемічного інфекційного ризику повинні допускатися тільки ті лікарі і рятувальники, які завчасно пройшли вакцинацію. Однак навіть вакцинація не гарантує 100 % захисту від ендемічних інфекційних захворювань.

У сучасному багатополісному світі, у добу техногенних катастроф і катастрофізмів для порятунку життя людей важливі оперативні дії лікарів і рятувальників, які до того ж часто є представниками різних країн. Сам характер такої допомоги вимагає від медичної спільноти постановки нової проблеми: про принципи надання першої медичної допомоги з урахуванням культурних, етичних, релігійних та інших особливостей.

У процесі виконання робіт у НС рятувальники піддаються впливу вражаючих факторів НС та їх психотравмуючих умов. Їхня діяльність пов'язана із загрозою для життя і здоров'я, а її результати мають високу соціальну значущість. Крім того, зміст робіт, необхідність оперативного прийняття рішень, складність використовуваних технічних засобів та інші специфічні умови, що виникають при НС, зумовлюють високі вимоги, що їх висуває професійна діяльність до рівня знань, умінь, навичок і психологічних особливостей рятувальників.

Сигнал тривоги є раптовим для рятувальників, застає їх під час навчальних занять, відпочинку, прийняття їжі тощо. Несподіванка сигналу тривоги, дефіцит часу, невизначеність майбутньої ситуації (через відсутність повної інформації про виниклу НС) визначають виникнення і швидке наростання у рятувальників емоційної напруги. До цього також слід додати постійний стан неусвідомленого очікування сигналу тривоги, своєрідної готовності до включення в бойову діяльність. Протягом дуже короткого проміжку часу може відбуватися й різка зміна виду виконуваної діяльності, що безумовно позначається на емоційному стані і руховій активності рятувальників. Їхня мова стає уривчастою, рухи швидкими і часто дещо хаотичними. При цьому рятувальникам далеко не завжди вдається миттєво перемкнутися з одного виду діяльності на інший; на якийсь час ці види ніби нашаровуються один на одного, відбувається їхнє «зіткнення».

Після прибуття в зону НС проводиться розвідка осередку лиха (аварії або катастрофи) та бойове розгортання. Далі особовий склад виконує свої функції згідно з бойовим розрахунком, а також наказами безпосередніх начальників. На цьому етапі бойової діяльності рятувальники зазнають на собі багато стресових впливів, основними з яких є:

загроза життю і здоров'ю, яка може бути викликана обваленням конструкцій будівель і споруд, вибухами, викидами полум'я, небезпечними хімічними речовинами, радіаційними ураженнями, ураженнями електричним струмом та іншими причинами;

необхідність швидкого прийняття рішень у постійно змінній небезпечній обстановці і висока відповідальність за їх правильність. Ці стресові впливи обумовлені необхідністю порятунку людей та матеріальних цінностей у найкоротші терміни, а також усвідомленням рятувальниками «ціни» помилок, кожна з яких може призвести до невиправданих людських втрат;

екстремальні фізичні навантаження, викликані тривалим виконанням трудомістких робіт, відсутністю можливості повноцінного відпочинку, роботою в засобах індивідуального захисту, вібрацією, задимленням, високими або низькими температурами, несприятливим шумовим і світловим фоном; емоційні перевантаження, обумовлені виглядом загинувших і постраждалих людей і тварин, руйнуванням будівель і споруд, виглядом пожеж та іншими причинами.

Всі перераховані стресові впливи можуть по-різному сприйматися кожним конкретним рятувальником, однак у своїй сукупності вони, як правило, викликають у рятувальників тимчасові стресові стани. Будучи за своєю сутністю колективною, професійна діяльність рятувальників передбачає надання взаємодопомоги, взаємозамінність, вміння вчасно приходити на допомогу. Залежно від особливостей виниклої НС практично кожному рятувальнику доводиться виконувати всі можливі види робіт з її ліквідації. З цієї причини будь-яка спроба сховатися за спинами товаришів не проходить непоміченою, що значно підвищує відповідальність рятувальника перед колективом за результати своєї роботи.

Рятувальники часто стикаються з людськими трагедіями, а стримання пов'язаних з цим емоцій також посилює внутрішню напруженість.

Істотним несприятливим фактором є й періодичне порушення нормального режиму сну-активності, що виникає у зв'язку з чергуваннями і в ході ліквідації НС. Слід зазначити, що люди по-різному здатні переносити тривале неспання, і періодичне позбавлення нічного сну може викликати в деякого тривалі розлади всього циклу «сон-активність», що негативно позначається на психоемоційному стані.

Правила для співробітників рятувальних служб:

1. Дайте знати постраждалому, що ви поруч і що вже вживаються заходи з порятунку.

Постраждалий повинен відчувати, що в такій ситуації він не самотній. Підійдіть до постраждалого і скажіть, наприклад: «Я залишуся з вами, поки не приїде “Швидка допомога”». Постраждалий також повинен бути проінформований про те, що зараз відбувається: «“Швидка допомога” вже в дорозі».

2. Постарайтеся позбавити постраждалого від сторонніх поглядів.

Цікаві погляди дуже неприємні людині в кризовій ситуації. Якщо роззяви не йдуть, дайте їм яке-небудь доручення, наприклад, відігнати цікавих від місця події.

3. Обережно встановлюйте тілесний контакт.

Легкий тілесний контакт зазвичай заспокоює постраждалих. Тому візьміть постраждалого за руку або поплескайте по плечу. Торкатися до голови чи інших частин тіла не рекомендується. Займіть положення на тому ж рівні, що й постраждалий. Навіть надаючи медичну допомогу, намагайтеся перебувати на одному рівні з постраждалим.

4. Говоріть і слухайте.

Уважно слухайте, не перебивайте, будьте терплячі, виконуючи свої обов'язки. Говоріть і самі, бажано спокійним тоном, навіть якщо постраждалий неприємно. Не виявляйте нервозності. Уникайте докорів. Запитайте постраждалого: «Чи можу я що-небудь для вас зробити?» Якщо ви відчуваєте співчуття, не соромтеся про це сказати.

2. НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

2.1. Поняття про органи та системи органів людини

Анатомія людини (від грец. *an á* — вгору і *tom é* — різку) — розділ біології, що вивчає морфологію людського організму, його систем і органів. Предметом вивчення анатомії людини є форма і будова, походження і розвиток людського організму. Анатомія вивчає організм людини з систем. Відповідно вона складається з розділів. Наприклад, вчення про кісткову систему — остеологія; вчення про нервову систему — неврологія тощо.

Фізіологія (від грец. *природа і знання*) — наука про закономірності функціонування та регулювання біологічних систем різного рівня організації, про межі норми життєвих процесів і хворобливих відхилень від неї. Фізіологія включає також у себе такі розділи, як порівняльна фізіологія, фізіологія праці, спорту, авіаційна і космічна фізіологія, клінічна фізіологія. Функціональні зміни організму при хворобливих процесах вивчає патологічна фізіологія.

Знаючи фізіологічні та анатомічні особливості організму, людина, яка надає першу домедичну допомогу, зможе правильно організувати проведення цього заходу.

Кістково-м'язова, серцево-судинна, дихальна системи.

Кістково-м'язова система та її функції. Скелет і м'язи — опорні структури та органи руху людини. Вони виконують захисну функцію, обмежуючи порожнини, в яких розташовані внутрішні органи. Так, серце і легені захищені грудною кліткою і м'язами грудей і спини; органи черевної порожнини (шлунок, кишківник, нирки) — нижнім відділом хребта, кістками тазу, м'язами спини і живота; головний мозок розташований у порожнині черепа, а спинний мозок — у хребетному каналі.

Кісткова тканина. Кістки скелета людини утворені кістковою тканиною — різновидом сполучної тканини. Кісткова тканина має нерви та кровоносні судини. Клітини її мають відростки. Кісткові клітини та їх відростки оточені дрібними «канальцями», заповненими міжклітинною рідиною, через яку відбувається живлення і дихання кісткових клітин.

Загальні відомості про м'язи. М'язи складаються з безлічі подовжених клітин — м'язових волокон, здатних скорочуватися і розслаблятися. Розслабленні м'язи можна розтягнути, але завдяки своїй еластичності вони після розтягування здатні повернутися до вихідних розмірів і форми. М'язи добре забезпечуються кров'ю, яка доставляє їм живильні речовини і кисень і видаляє відходи метаболізму. Приплив крові до м'язів регулюється таким чином, що в кожен даний момент м'язи отримують її в необхідній кількості.

Виділяють три гістологічні типи м'язів:

Гладкі м'язи містяться в стінках трубчастих органів тіла і забезпечують пересування вмісту цих органів, вони повільно скорочуються мимоволі. Гладкі м'язи іннервуються вегетативною нервовою системою.

Серцевий м'яз, що є тільки в серці, скорочується мимоволі і не схильний до стомлення. Серцевий м'яз іннервується вегетативною нервовою системою.

Скелетні м'язи (поперекові м'язи), що прикріплюються до кісток, швидко скорочуються і досить швидко стомлюються. Скелетні м'язи іннервуються соматичною нервовою системою.

Попереково-смуғасті м'язи є максимально спеціалізованим апаратом для здійснення швидкого скорочення.

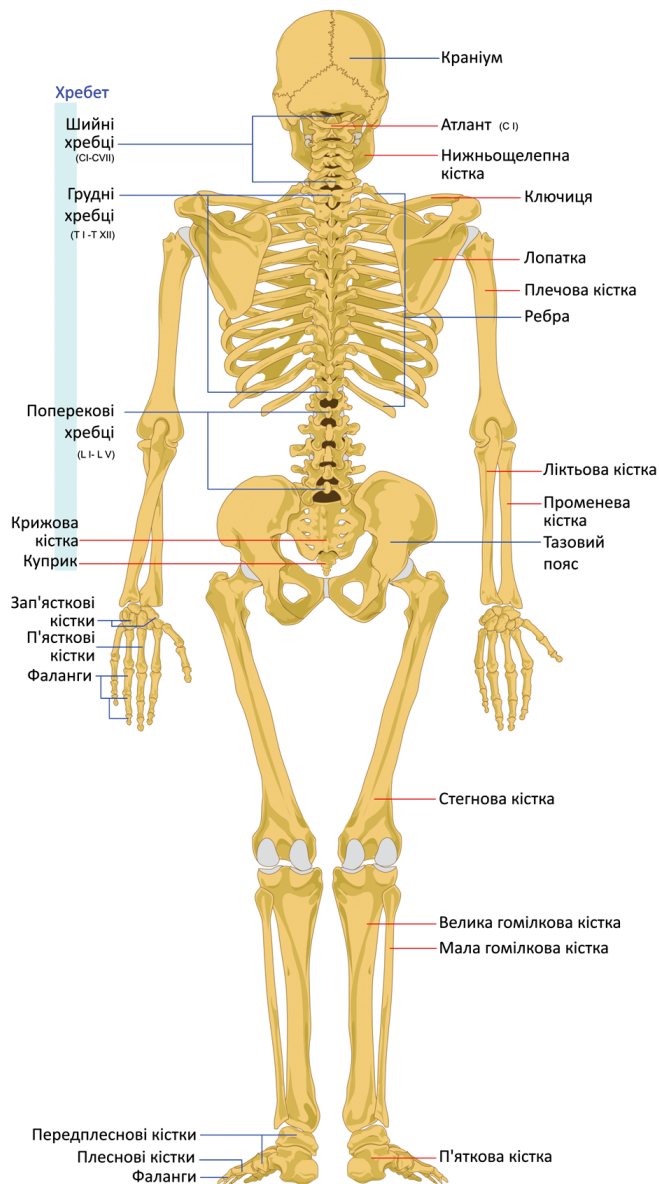


Рис. 2.1. Скелет людини

Скелетні м'язи складаються з довгих і тонких м'язових волокон. Скелетні м'язи приєднуються до кістки, щонайменше, у двох місцях — до однієї нерухомої і однієї рухомої частини скелета, першу з них називають «початком» м'яза, а другу «прикріпленням». М'яз прикріплюється за допомогою щільних, малорозтяжних сухожил'я — сполучнотканинних утворень, що складаються майже винятково з колагенових волокон. Один кінець сухожилля переходить у зовнішню оболонку м'яза, а другий дуже міцно прикріплений до окістя.

М'язи здатні розвивати силу тільки при скороченні, тому для того, щоб змістити кістку і потім повернути її в початкове положення, необхідні, принаймні, два м'язи або дві групи м'язів. Пари м'язів, що діють таким чином, називаються антагоністами.

Скелетні м'язи складаються з м'язових волокон, кожне з яких є багатоядерною клітиною, отриманою в результаті злиття великої кількості клітин. Функціональною одиницею м'язового волокна є міофібрила, що займає практично всю цитоплазму м'язового волокна, відтісняючи ядра на периферію.

Розрізняють два типи скелетних м'язових волокон:

червоні м'язові волокна (волокна 1 типу — тонічні), які містять велику кількість мітохондрій з високою активністю окислювальних ферментів. Сила їх скорочень порівняно невелика, а швидкість споживання енергії така, що їм цілком вистачає аеробного метаболізму. Вони беруть участь у рухах, які не потребують значних зусиль, — наприклад, у підтримці пози. Плавні довільні рухи починаються з активації червоних волокон. Повільні (тонічні) м'язові волокна розташовані в глибоких шарах м'язів кінцівок;

білі м'язові волокна (волокна 2 типу — фізичні), яким властива висока активність ферментів гліколізу, значна сила скорочення і така висока швидкість споживання енергії, для якої вже не вистачає аеробного метаболізму. Тому рухові одиниці, що складаються з білих волокон, забезпечують швидкі, але короткочасні рухи, що потребують ривкових зусиль. Швидкі м'язові волокна розташовуються в поверхневих шарах м'язів кінцівок.

Гладкі м'язи, на відміну від скелетних м'язів, не мають поперекових смуг. Вони складаються з довгих, загострених на кінцях клітин, які мають тільки одне ядро і містять як товсті, так і тонкі філаменти, орієнтовані вздовж довгої осі клітини. Однак розташовані ці філаменти не настільки впорядковано, як у клітинах скелетної мускулатури і клітинах серцевого м'яза, і не утворюють міофібрил. Гладкі м'язи спеціально пристосовані для того, щоб підтримувати тривале напруження, витрачаючи на це у 5–10 разів менше АТФ, ніж знадобилося б для виконання того ж завдання скелетному м'язові. Повільне руйнування актино-міозінових зшивок не дозволяє гладким м'язам швидко скорочуватись, але зате дає їм можливість зберігати постійний м'язовий тонус.

М'язова робота, значення тренування м'язів. Основною функцією м'язової системи людини є рухова діяльність. М'язи забезпечують переміщення тіла у просторі або окремих його частин відносно одна одної, тобто виконують роботу. Цей вид м'язової роботи називають динамічним, або фазним. М'язи, що здійснюють підтримку певного положення тіла у просторі, виконують роботу, яка дістала назву статичної м'язової роботи. Зазвичай динамічна та статична м'язові роботи доповнюють одна одну.

При м'язовій роботі зростає потреба в кисні, що викликає необхідність збільшення кровопостачання скелетних м'язів і міокарду. М'язова робота,

особливо динамічна, збільшує повернення венозної крові до серця, посилює і прискорює його *скорочення*. При напруженій м'язовій роботі посилюється газообмін, підвищується інтенсивність дихання, спостерігається зміна легеневої вентиляції, дифузійної здатності альвеол тощо. М'язова робота значно збільшує енерговитрати організму, добова витрата енергії може досягати 4500–5000 ккал ($21\,000 \times 10^3$ Дж).

Між величиною навантаження і виконаною м'язовою роботою існує певна залежність: при збільшенні навантаження м'язова робота зростає до якогось певного рівня, а потім зменшується. Максимальна м'язова робота проводиться при середніх навантаженнях (так зване правило середніх навантажень), що пов'язано з особливостями динаміки м'язового скорочення. Загальні витрати енергії (E) є сума енергії, витраченої на власне механічну роботу (W), і енергії, що переходить у тепло (H): $R = W + H$.

Продуктивність м'язової роботи залежить від потужності виконуваної роботи: при постійній потужності динамічної м'язової роботи її максимальна ефективність відзначається при середніх значеннях навантаження, при підвищенні потужності продуктивність м'язової роботи падає.

Важливим показником м'язової роботи є м'язова витривалість. В умовах статичної м'язової роботи м'язова витривалість визначається часом, протягом якого підтримується статична напруга або утримується деякий вантаж. Граничний час статичної роботи (статична витривалість) пропорційний навантаженню. Витривалість у процесі виконання динамічної м'язової роботи вимірюється відношенням величини роботи до часу її виконання. При цьому виділяють пікову і критичну потужність динамічної м'язової роботи: піковою є максимальна потужність, що досягається в якийсь момент динамічної роботи; критичною називають потужність, підтримувану на однаковому рівні досить тривалий час. Виділяють також динамічну витривалість, яка визначається часом здійснення роботи із заданою потужністю.

Продуктивність м'язової роботи значною мірою залежить від тренування, зменшує енерговитрати організму за рахунок зниження споживання кисню при виконанні однієї і тієї ж роботи. Одночасно тренування підвищує ефективність діяльності серцево-судинної та дихальної систем: у тренуваних людей у стані м'язового спокою зменшуються систолічний і хвилинний об'єм серця, кисневий запит (тобто потреба в кисні) і кисневий борг (тобто та кількість кисню, яка споживається після закінчення м'язової роботи без урахування його споживання в спокої). Кисневий борг відображає процеси розщеплення високоенергетичних речовин, які не відновлюються в ході роботи, а також витрати кисневого резерву організму під час м'язової роботи.

Тренування підвищує також м'язову силу. У процесі тренування відбувається робоча м'язова гіпертрофія, яка полягає в потовщенні м'язових волокон за рахунок збільшення маси саркоплазми та обсягу скорочувального апарату м'язових волокон. Тренування сприяє поліпшенню координації та автоматизації м'язових рухів, внаслідок чого зникає активність «зайвих» м'язів, що сприяє підвищенню працездатності і швидкому відновленню після втоми. Недолік м'язової активності протягом тривалого періоду призводить до появи цілого комплексу неприємних для організму наслідків (гіподинамія).

М'язова робота супроводжується змінами в діяльності багатьох систем органів: серцево-судинної, системи органів дихання. Тканини отримують більше

кисню, біохімічні реакції в клітинах прискорюються, активніше протікає обмін речовин у тканинах.

Серцево-судинна система, її функції. Серцево-судинна система складається з серця і судин — артерій, капілярів і вен.

Рух крові по судинах легенів від правого серця до лівого називається легеневим кровообігом (мале коло). Кровопостачання всіх інших органів та відтік крові від них називається системним кровообігом (велике коло). Таким чином, серцево-судинну систему можна розділити на два послідовно з'єднаних відділи — велике (системне) коло кровообігу і мале (легеневе) коло кровообігу.

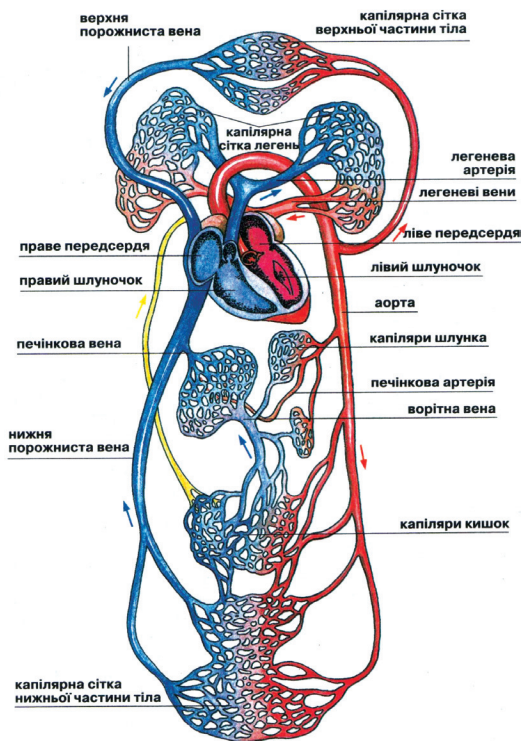


Рис. 2.2. Серцево-судинна система людини

Основна функція серцево-судинної системи полягає в перенесенні крові, яке забезпечується скороченнями серця, по замкнутому ланцюгу судин. Кров переносить до всіх клітин субстрату, необхідні для їх нормального функціонування, і видаляє продукти їхньої життєдіяльності. Всі ці речовини надходять до кровотоку і виходять з нього через капіляри в інтерстиціальну (міжклітинну) рідину.

Крім системи кровоносних судин існує система лімфатичних судин, яка збирає рідину й білки з міжклітинного простору і переносить їх у кровоносну систему.

Серце складається з чотирьох камер: двох верхніх — тонкостінних передсердь і двох нижніх — товстостінних шлуночків серця. Права половина серця повністю відокремлена від лівої половини серця. Стінки серця складаються з серцевих м'язових волокон, сполучної тканини і дрібних кровоносних судин. Кожне м'язове волокно містить одне або два ядра, міофіламенти й безліч великих мітохондрій. М'язові волокна розгалужуються і з'єднуються між собою кінцями, утворюючи складну мережу. Це забезпечує швидке поширення хвиль скорочення у волокнах, так що кожна камера скорочується як одне ціле. У стінках серця не міститься жодних нейронів.

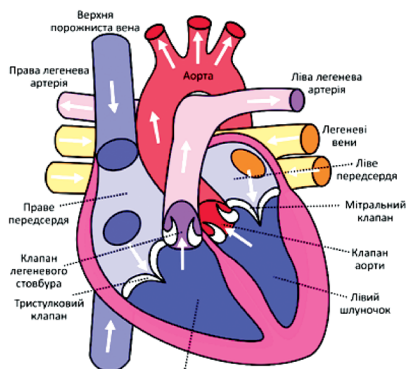


Рис. 2.3. Будова серця людини

Серце забезпечує рух крові. Позбавлена кисню кров від органів і тканин організму надходить до правого серця і викидається ним до легенів. У легенях кров насичується киснем, повертається до лівого передсердя і знову надходить до органів. Від роботи серця залежить діяльність інших органів і всього організму. Діяльність серця тісно пов'язана з іншими органами і перебуває під впливом центральної нервової системи. Ритм роботи серця змінюється залежно від стану людини, її переживань.

Нагнітальна функція серця заснована на чергуванні розслаблення (діастолі) і скорочення (систолі) шлуночків серця. Під час діастолі шлуночки заповнюються кров'ю, а під час систолі вони викидають її у великі артерії (аорту і легеневий стовбур). Біля виходу з шлуночків розташовані серцеві клапани, що перешкоджають зворотному надходженню крові з артерій у серце. Перед тим як заповнити шлуночки, кров притікає по великих венах (порожнистих і легеневих венах) у передсердя. Систола передсердь передуює систолі шлуночків, таким чином, передсердя є ніби допоміжними насосами, які сприяють заповненню шлуночків.

Кров, безперервно циркулюючи в організмі, проходить через артерії, капіляри та вени. Артерії і вени розрізняються за напрямком руху крові, а не за її складом. По венах кров надходить до серця, а по артеріях від нього. У системному кровообігу оксигенована кров тече по артеріях, а в легеневому кровообігу — по венах.

Стінки артерій складаються з трьох шарів: внутрішнього, що складається з плоского ендотелію, середнього, що складається з гладкої мускулатури та еластичних волокон, і зовнішнього, що складається з фіброзної сполучної

тканини, що містить колагенові волокна. Великим артеріям, розташованим поблизу серця (аорта, підключичні артерії і сонні артерії), доводиться витримувати великий тиск крові, що виштовхується лівим шлуночком серця. Ці судини мають товсті стінки, середній шар яких складається переважно з еластичних волокон. Тому під час систоли вони можуть розтягуватися, не розриваючись. Після закінчення систоли стінки артерій скорочуються, що забезпечує безперервний потік крові по артеріях. Артерії, розташовані далі від серця, мають подібну будову, але містять більше гладких м'язових волокон у середньому шарі. Вони іннервуються волокнами симпатичної нервової системи, і імпульси, що надходять по цих волокнах, регулюють їх діаметр.

З артерій кров надходить до більш дрібних судин, що називаються артеріолами, а з них — у капіляри. Капіляри — найбільш важливий у функціональному відношенні відділ кровоносної системи, оскільки саме в них здійснюється обмін між кров'ю і інтерстиціальною рідиною. У регуляції капілярного кровотоку беруть участь венили, артеріоли і метартеріоли, тому сукупність судин від артеріол до венул — так зване термінальне русло (мікроциркуляторне русло) — розглядають як загальну функціональну одиницю. Будова цієї системи відповідає двом основним вимогам, що висуваються до будь-яких обмінних процесів: кров у капілярах контактує з дуже великою поверхнею протягом досить тривалого часу.

Вени — кровоносні судини, що несуть насичену вуглекислотою кров від органів і тканин до серця (виключаючи легеневу і пупкову вени, які несуть артеріальну кров). Стінки вен влаштовані приблизно так само, як стінки артерій, тільки середній шар стінки містить менше м'язових і еластичних волокон, ніж в артеріях, а діаметр просвіту більший. У венах є півмісяцеві клапани, утворені складками внутрішньої оболонки, які пронизані еластичними волокнами. Клапани перешкоджають зворотному току крові і таким чином забезпечують її рух лише в одному напрямку. Деякі вени розташовані між великими м'язами (наприклад, у руках і ногах). При скороченні м'язи тиснуть на вени і стискають їх, сприяючи поверненню венозної крові до серця. У вени кров надходить з венул.

Функціональним елементом серця є м'язове волокно — ланцюжок з клітин міокарда, з'єднаних один з одним і поміщених у загальну саркоплазматичну мембрану. Залежно від морфологічних і функціональних особливостей у серці розрізняють два типи волокон — м'язові волокна робочого міокарда передсердь і шлуночків, що становлять основну масу серця і забезпечують його нагнітальну функцію, і м'язові волокна водія ритму (пейсмейкера) і м'язові волокна провідної системи серця, що відповідають за генерацію збудження і проведення його до клітин робочого міокарда.

У спокої хвилинний об'єм серця людини (кількість крові, яка викидається шлуночком за одну хвилину) становить близько 5 л, а при важкому фізичному навантаженні хвилинний об'єм серця зростає майже до 30 л.

Дихальна система та її функції. Дихальна система поділяється на повітроносні шляхи і респіраторний відділ. Повітроносні шляхи включають порожнину носа, глотку, гортань, трахею, бронхи різних калібрів, включаючи бронхіоли. Тут повітря зігрівається (охолоджується), очищається від різноманітних частинок і зволожується. Респіраторний відділ складається з альвеолярних ходів і альвеол, які утворюють ацинуси, в них відбувається газообмін.

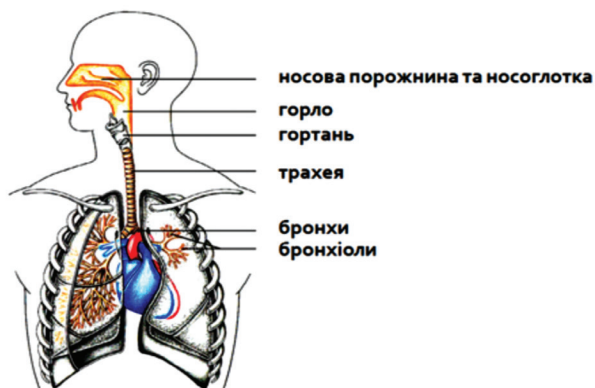


Рис. 2.4. Дихальна система людини

Порожнина носа починається ніздрями, які ведуть до присінка носової порожнини. Внутрішня поверхня присінка вистелена незроговіваючим багат шаровим пласким епітелієм і має волосся, сальні й потові залози. Слизова оболонка стінок порожнини носа виконує нюхову та дихальну функції, тому має різну будову. Дихальну функцію забезпечує більша частина слизової оболонки носа, яка вкрита війчастим псевдобагатошаровим епітелієм з великою кількістю бокалоподібних glanduloцитів, що виділяють слиз. Слиз завдяки рухам війок пересувається назовні і видаляється. У порожнину носа виділяється секрет чисельних слизових альвеолярно-трубчастих залоз. Слиз зв'язує пилоподібні частки повітря і зволожує вдихуване повітря. Власна пластинка слизової оболонки і підслизова основа дуже добре васкуляризовані й забезпечують вирівнювання температури вдихуваного повітря до температури тіла.

Три носові раковини збільшують загальну поверхню порожнини носа й утворюють носові ходи (верхній, середній та нижній). У нижній носовий хід відкривається носослизний канал. У верхній — задні чарунки решітчастої кістки і (дорзальніше) пазухи клиноподібної кістки. У середній — середні й передні чарунки решітчастої і пазухи лобної та верхньощелепної кісток.

Нюхова ділянка слизової оболонки верхньої носової раковини і відповідної їй частини перегородки та задній відділ верхньої стінки порожнини носа — це частина слизової оболонки носа, вкрита війчастим псевдобагатошаровим епітелієм, до складу якого входять спеціальні сприймаючі нюхові нейросекреторні біполярні клітини.

Повітря з порожнини носа надходить крізь хоани до носової, а потім ротової частини глотки і в гортань.

Глотка (pharynx) — лікоподібний канал завдовжки 11–12 см, звернений розширеною частиною краніально і сплющений у дорзо-вентральному напрямку. Верхня частина глотки зрощена з основою черепа. На рівні межі 6 та 7 шийних хребців глотка переходить у стравохід. У дорослої людини глотка удвічі довша від рота. У глотці відбувається перехрещення шляхів повітря та їжі.

Порожнину глотки ділять на 3 ділянки: носову, ротову і гортанну (відповідно: носоглотка, ротоглотка і гортаноглотка). Спереду носоглотка сполучається

ся з носовою порожниною через хоани, ротоглотка з порожниною рота сполучається зівом, гортаноглотка гортанним отвором сполучається з гортанню. Задня стінка глотки відділена від передньої поверхні хребта прошарком пухкої сполучної тканини, тому глотка рухлива. На рівні хоан на бічних стінках носоглотки з обох боків розташовані глоткові отвори слухових (евстахієвих) труб, крізь які порожнина середнього вуха сполучається з навколишнім простором. Поблизу цього отвору (між ним і піднебінною занавіскою) розташовані трубні мигдалики. На межі між верхньою і задніми стінками глотки розташовується непарний глотковий мигдалик. Стінка глотки складається із слизової оболонки (укрита одношаровим багаторядним війчастим епітелієм), фіброзної оболонки (зрослена зі слизовою, зверху — з основою черепа).

Гортань (larynx) — дихальна трубка і голосовий апарат. Гортань розташована на рівні 4–6 шийних хребців і сполучається зв'язками з під'язиковою кісткою. Зверху гортань сполучається з порожниною глотки, знизу — з трахеєю.

Скелет гортані утворений кількома рухливо сполученими між собою гіаліновими хрящами. Найбільший — щитоподібний (непарний), у якого розрізняють дві сполучені між собою під майже прямим (у чоловіків) або тупим (120° , у жінок) кутом чотирикутні пластинки. Від задніх країв пластинок відходить дві пари ріжків (верхні й нижні). Основу гортані становить перстнеподібний хрящ (гіаліновий), його дуга звернена вперед, а пластинка — назад. Перстнетрахеальна зв'язка сполучає нижній край хряща з першим хрящем трахеї. Перстнеподібний хрящ сполучається з щитоподібним і черпакуватими хрящами двома парами суглобів.

Найважливішими (функціонально) у гортані є черпакуваті хрящі, від основ яких вперед відходить голосовий відросток, назад — м'язовий. До останнього прикріплюється м'яз, який змінює положення голосових відростків, що натягують голосові зв'язки. Ріжкоподібний хрящ маленький, конічної форми, своєю основою ніби сидить на верхівці черпакуватого. Клиноподібний хрящ більший, видовжений, непостійної форми і величини, часто рудиментарний. Обидва хрящі еластичні. Зверху гортань укрита надгортанним хрящем, який прикріплений до щитоподібного хряща і під'язикової кістки за допомогою щитонадгортанної і під'язиково-надгортанної зв'язок.

Надгортанник (epiglottis) складається з еластичного хряща, формою подібний до листка дерева. Звуженою частиною (стебельцем) він приєднаний до внутрішньої поверхні кута щитоподібного хряща за допомогою зв'язки, а розширеною частиною виступає над щитоподібним хрящем позаду кореня язика. Еластичний надгортанний хрящ може легко згинатись і знову випростовуватись, що й відбувається під час ковтання.



Рис. 2.5. Надгортанник

Усі хрящі сполучаються між собою суглобами і зв'язками. Є два суглоби перснеподібно-черпакуваті і два перснеподібно-щитоподібні. Це справжні суглоби, у яких є сумка, суглобові поверхні і суглобова порожнина із синовіальною рідиною. Сумки їх посилені зв'язками.

Трахея (trachea) лежить спереду від стравоходу, заходячи в грудну порожнину через верхній її отвір, і йде до рівня 4-го або 5-го грудного хребця, де поділяється (біфуркація) на дві головні бронхи. Довжина трахеї варіює в межах від 8,5 до 15 см, частіше вона дорівнює 10–11 см.

Стінка трахеї складається із слизової оболонки, підслизової основи, волокнисто-м'язево-хрящової та адвентиціальної оболонок. *Слизова оболонка трахеї* вистелена війчастим псевдобагатошаровим епітелієм, у якому є багато бокалоподібних glanduloцитів. Власна пластинка слизової оболонки має багато еластичних волокон, лімфоцитів і лімфоїдних вузликів.

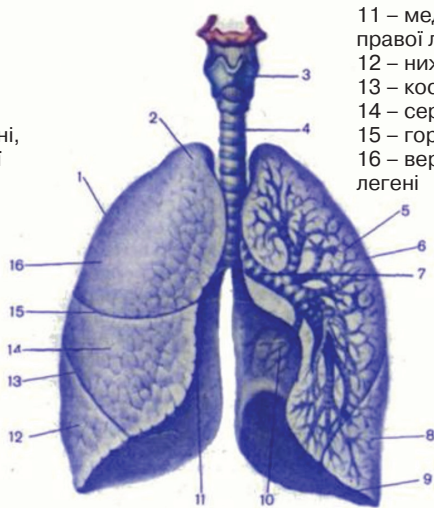
Підслизова основа поступово переходить у щільну волокнисту сполучну тканину — охрястя трахеї. Тут є багато змішаних серозно-слизових залоз, які виділяють секрет до слизової оболонки.

Волокнисто-м'язево-хрящова оболонка трахеї утворена з 16–18 (20) гіалінових хрящів, що не дають спадатись її стінкам і забезпечують безперерйне надходження повітря до легень. Хрящі трахеї мають вигляд неповних кілець. Незамкнена їх частина звернена до стравоходу (дорзально). Кінці хрящових дужок з'єднуються між собою сполучною тканиною з гладенькими м'язами — перетинчаста стінка трахеї. Півкільця сполучаються між собою сполучною тканиною. Перетинчаста стінка трахеї дозволяє вільному проходженню грудки їжі.

Спереду до трахеї прилягають м'язи, розташовані нижче під'язикової кістки, а у верхньому її відділі — щитоподібна залоза.

Трахея вкрита адвентиціальною оболонкою, яка складається з пухкої волокнистої несформованої сполучної тканини.

- 1 – права легеня,
- 2 – верхівка легені,
- 3 – гортань,
- 4 – трахея,
- 5 – ліва легеня,
- 6 – верхня частина легені,
- 7 – головний бронх лівої легені,
- 8 – нижня частина легені,
- 9 – нижній край,
- 10 – серцева вирізка



- 11 – медіальний край правої легені,
- 12 – нижня частина легені,
- 13 – коса щілина,
- 14 – середня частина легені,
- 15 – горизонтальна щілина,
- 16 – верхня доля правої легені

Рис. 2.6. Легені людини

Починається трахея у грудних дітей на рівні 4–5 шийних хребців, у дорослих — на рівні 6-го, у людей похилого віку опускається до 7-го шийного хребця. У жінок початок трахеї лежить вище, ніж у чоловіків. Біфуркація у дітей до 1-го року розташована на рівні 3-го грудного хребця, від 2 до 6 років — на рівні 4–5, від 7 до 12 років — на рівні 5–6 грудного хребця.

Головні *бронхи* (bronchus) влаштовані так, як і трахея. Вони розходяться і входять у ворота легень. Правий бронх ширший і коротший (у ньому 6–8 хрящових півкілець) від лівого (тут є 9–12 півкілець), за напрямком правий бронх є ніби продовженням трахеї. Від правого головного бронха беруть початок 3 часткові бронхи — верхній (*під ним проходить права легенева артерія*), середній і нижній. Лівий головний бронх відразу ділиться на 2 часткові бронхи — верхній і нижній. *Через лівий головний бронх перегинається дуга аорти, через правий — непарна вена.*

Головні бронхи дають початок вторинним (частковим) бронхам. Від них відходять третинні (*сегментарні*) бронхи, які далі поділяються дихотомічно. Міжнародна класифікація передбачає певні назви кожного бронхолегеневого сегмента та їх нумерацію.

Із зменшенням калібру бронхів їхні хрящі поступово змінюють форму: спочатку це півкілець, потім хрящові пластинки різної величини, і зовсім вони зникають у бронхіолах діаметром близько 1 мм. У стінках внутрішньолегеневих бронхів є круговий шар міоцитів, що розташовуються між слизовою оболонкою і хрящами.

У дрібних бронхах (діаметром до 1–2 мм) поступово зникають хрящові пластинки і залози, а м'язова пластинка слизової оболонки стає відносно товстою.

Внутрішньочасточкові бронхи розпадаються на різну кількість кінцевих (термінальних) бронхіол (18–20), які є кінцевими міжальвеолярних повітряноносних шляхів і мають діаметр близько 0,5 мм.

Бронхи вистелені війчастим міжальвеолярним епітелієм з великою кількістю бокалоподібних клітин. Є клітини Клара (секреторні), які виділяють ферменти для руйнування сурфактантів. Сурфактант (фосфоліпіди, білки і міжальвеоляр) — міжальвеолярна речовина, яка підтримує поверхневий натяг альвеол. Має бактерицидні властивості.

Легені (pulmo pulmones) мають вигляд конуса, основа якого звернена до діафрагми. Верхівка легень виступає над ключицею в ділянку шиї. Легені мають опуклу реберну поверхню (іноді на легенях є відбитки від ребер), увігнуту діафрагмальну і серединну поверхню, обернену до серединної площини тіла. Ця поверхня називається медіастинальною (середостінною). Всі органи, що розташовані між легенями, посередині складають середостіння (mediastinum).

На середостінній поверхні легень розташовані їхні ворота, куди заходить бронх, входять і виходять судини і нерви. На медіастинальній поверхні лівої легені є досить глибока серцева яма, а на передньому краї — серцева вирізка. Основна частина серця розташована саме тут — зліва від серединної лінії.

Легені складаються з часток, розділених глибокими вирізками. Права легень має 3 частки, ліва — 2.

Частки легень — це окремі, певною мірою ізольовані, анатомічно відокремлені ділянки легень з власним частковим судинно-нервовим комплексом.

У дітей тканина легень блідно-рожевого кольору. У дорослих тканина легень поступово темніє за рахунок часточок вугілля, пилу, які відкладаються у сполучнотканинній основі легень.

Сегмент — ділянка легеневої тканини зі своїми судинами і нервами та сегментарним бронхом. Кожний сегмент у цілому нагадує зрізаний конус, вершина якого спрямована до кореня легень, а широка основа вкрита вісцеральною плеврою. Чітких меж сегменти на поверхні плеври не мають. Сегменти утворені *легеневими часточками*, кількість яких у сегменті досягає приблизно 80 штук. Часточки розділені між альвеолярним сполучнотканинними перегородками.

Форма часточки нагадує неправильну піраміду з діаметром основи 0,5–2 см. У верхівку часточки входить часточковий бронх, який розгалужується на 3–7 кінцевих (термінальних) бронхіол діаметром близько 0,5 мм. Їхня слизова оболонка вистелена одношаровим війчастим епітелієм, між клітинами якого розташовуються секреторні клітини (Клара). Вважається, що вони забезпечують відновлення епітелію кінцевих бронхіол. Власна пластинка слизової оболонки багата на еластичні волокна, які переходять в еластичні волокна респіраторного апарата. Це забезпечує їх неспадання. Залози відсутні. Зовні є пучки міоцитів.

Функціональною одиницею легень є ацинус (їх у легенях близько 800 тис.) — система міжальвеол однієї кінцевої бронхіоли, яка ділиться на 14–16 дихальних (респіраторних) бронхіол, що утворюють до 1500 альвеолярних ходів з 20 тис. альвеолярних мішечків і альвеол. В одній легеневій часточці налічується 16–18 ацинусів. У людини на один альвеолярний хід припадає в середньому 21 альвеола.

Альвеоли нагадують міхурці неправильної форми, вони розділяються між альвеолярними перегородками завтовшки 2–8 мкм. Кожна перегородка є стінкою двох альвеол, у перегородці розташована густа сітка кровоносних капілярів, еластичних, ретикулярних і колагенових волокон і клітин сполучної тканини. У перегородках часто є пори, якими альвеоли сполучаються між собою. У легенях налічується 600–700 млн, їхня поверхня коливається в межах 40–120 м².

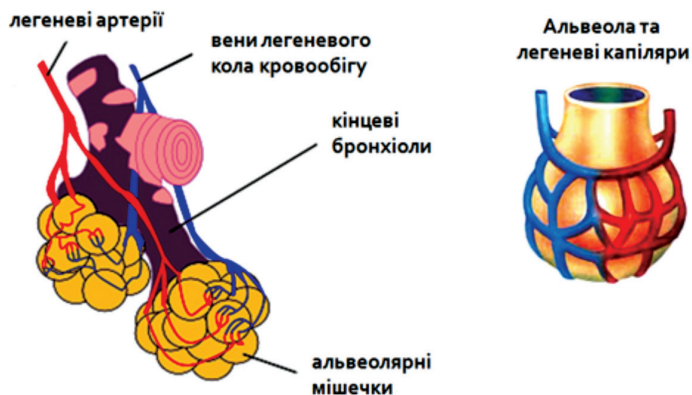


Рис. 2.7. Легеневі альвеоли

Альвеоли вистелені дихальними (сквамозними) і великими (гранулярні клітини) альвеоцитами. Дихальні вкривають близько 97% альвеолярної поверхні й розташовані на власній базальній мембрані. Великі альвеоцити — синтезують сурфактант, речовину ліпопротеїнової природи, що вистилає альвеоли зсередини.

Плевра. Подібно до очеревини, плевра (pleura) утворює два листки: вісцеральний і парієтальний. *Вісцеральний* тісно зростається з легеневою тканиною з усіх боків, заходить у щілини між їх частками. *Парієтальний* (пристінний) листок зростається з грудною порожниною і органами середостіння. Обидва листки зрощені й утворюють суцільний подвійний мішок навколо легень.

Плевра — укрита мезотелієм сполучнотканинна пластинка. У парієтального листка виділяють реберну, медіастинальну і діафрагмальну поверхні. Медіастинальна зростається з перикардом. У ділянці воріт легень цей листок переходить у вісцеральний. Діафрагма покривається плеврою не вся — частина її зайнята перикардом.

Порожнина плеври — вузька замкнена щілина, у якій є невелика кількість серозної рідини, що зволожує листки плеври. У місцях переходу реберної плеври у діафрагмальну і медіастинальну утворюються синуси (тут легень немає): реберно-діафрагмальний, діафрагмо-медіастинальний і реберно-медіастинальний.

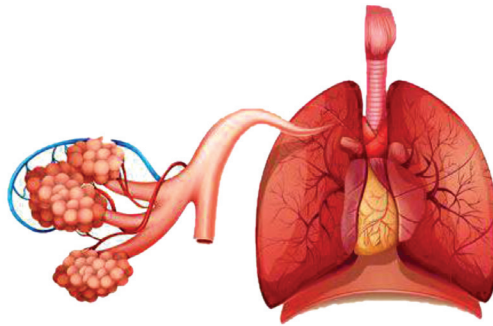


Рис. 2.8. Плевра

Середостіння (mediastinum) — простір між лівим і правим плевральними мішками. Спереду воно обмежене грудиною, ззаду грудним відділом хребта, знизу — діафрагмою, верхня межа утворена апертурою грудної клітки.

Середостіння умовно ділять на верхнє і нижнє. Межа проходить: спереду у місці переходу рукоятки грудини у тіло; ззаду на рівні міжхребцевого хряща між 4-м та 5-м грудними хребцями.

У верхньому середостінні розташована вилочкова залоза, права і ліва плечеголовні вени, верхня частина верхньої порожнистої вени, дуга аорти та її гілки, частина трахеї, верхня частина стравоходу, нерви.

Нижнє середостіння ділиться на переднє, заднє і середнє. У передньому (між тілом грудини і передньою стінкою перикарду) розташовані внутрішні грудні артерії, вени й білягрудинні лімфатичні судини. У середньому розташоване серце з своїми судинами. Заднє (між хребтом і задньою стінкою перикарду) містить грудну частину аорти, непарну і напівнепарну вени, нерви, стравохід, лімфатичні вузли.

2.2. Схеми надання домедичної допомоги постраждалому

№ 1 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛОМУ

Огляд місця події. Виявлення небезпечних факторів, що загрожують постраждалим, рятувальнику та оточуючим. Наявність оголених дротів, залишків будівель тощо.
Первинний огляд постраждалого. Не забуваймо про особисту безпеку. Визначення наявності свідомості: якщо місце події безпечне, наближаємося до постраждалого з боку голови, стискаємо трапецієподібний м'яз, за наявності свідомості звертаємося до постраждалого: «З вами все гаразд? Як ви себе почуваете?» Якщо постраждалий відреагував і йому нічого не загрожує, залишаємо його в попередньому положенні, викликаємо «Швидку допомогу». Якщо постраждалий не відреагував і рятувальнику нічого не загрожує, підходимо до постраждалого з боку рук, виявляємо ознаки життя: • наявність дихання за принципом: чути, бачити, відчувати протягом 10 сек., • наявність пульсу на сонній артерії протягом 5 сек., • реакція зіниць на світло.
За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію. <i>У дорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»).</i> <i>У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки.</i> <i>У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями.</i> <i>Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини.</i> <i>Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками.</i> <i>Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.</i>
Швидко перевертаємо постраждалого на живіт. <i>Необхідно уникати будь-якого «скручування» хребтного стовпа між плечима і попереком, щоб виключити можливість паралічу кінцівок постраждалого. Заводимо ближню до себе руку постраждалого за його голову. Однією рукою беремо за дальнє від себе плече, а другою — за поясний пасок або стегно постраждалого. Заведена за голову рука постраждалого не тільки страхує шийний відділ хребта, а й значно полегшує повертання тіла.</i>
За наявності ознак життя: • проводимо вторинний огляд постраждалого; • виявляємо масивні кровотечі з магістральних судин; • проводимо іммобілізації пошкоджених кінцівок за допомогою підручних засобів або медичного обладнання.
Викликаючи «Швидку допомогу», вказуємо: <i>точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати;</i> <i>номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає;</i> <i>прізвище та ім'я постраждалого за можливості;</i> <i>характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання);</i> <i>кількість постраждалих;</i> <i>стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.);</i> <i>характер наданої допомоги.</i> Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 2 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА ВІДСУТНОСТІ СВІДОМОСТІ

Огляд місця події щодо безпеки для особи, яка надає допомогу.
Первинний огляд постраждалого. Не забуваймо про особисту безпеку. Визначення наявності свідомості: якщо місце події безпечне, наближаємося до постраждалого з боку голови, стискаємо трапецієподібний м'яз, за наявності свідомості звертаємося до постраждалого: «З вами все гаразд? Як ви себе почуваете?» Якщо постраждалий відреагував і йому нічого не загрожує, залишаємо його в попередньому положенні, викликаємо «Швидку допомогу». Якщо постраждалий не відреагував і рятувальнику нічого не загрожує, підходимо до постраждалого з боку рук, виявляємо ознаки життя: • наявність дихання за принципом: чути, бачити, відчувати протягом 10 сек., • наявність пульсу на сонній артерії протягом 5 сек., • реакція зіниць на світло.
За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію. У дорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»). У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки. У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями. Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини. Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками. Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
При вдалому проведенні СЛР перевертаємо постраждалого на живіт. Необхідно уникати будь-якого «скручування» хребетного стовпа між плечима і попереком, щоб виключити можливість паралічу кінцівок постраждалого. Заводимо ближню до себе руку постраждалого за його голову. Однією рукою беремося за дальнє від себе плече, а другою — за поясний пасок або стегно постраждалого. Заведена за голову рука постраждалого не тільки страхує шийний відділ хребта, а й значно полегшує повертання тіла.
Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо: точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати; номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає; прізвище та ім'я постраждалого за можливості; характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання); кількість постраждалих; стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.); характер наданої допомоги. Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 3 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У РАЗІ КЛІНІЧНОЇ СМЕРТІ

Оглядаємо місце події щодо безпеки для особи, яка надає допомогу.
Оглядаємо постраждалого на наявність ознак клінічної смерті, це:
• відсутність дихання, • відсутність пульсу, • відсутність реакції зіниць на світло.

За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію (СЛР). У дорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»). У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки. У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями. Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини. Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками. Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
При вдалому проведенні СЛР перевертаємо постраждалого на живіт. Необхідно уникати будь-якого «скручування» хребетного стовпа між плечима і попереком, щоб виключити можливість паралічу кінцівок постраждалого. Заводимо ближню до себе руку постраждалого за його голову. Однією рукою беремося за дальнє від себе плече, а другою — за поясний пасок або стегно постраждалого. Заведена за голову рука постраждалого не тільки страхує шийний відділ хребта, а й значно полегшує повертання тіла.
Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо: точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати; номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає; прізвище та ім'я постраждалого за можливості; характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання); кількість постраждалих; стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.); характер наданої допомоги. Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 4 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАВМАТИЧНОМУ ШОЦІ

Травматичний шок — гостра недостатність кровообігу, до якої можуть призвести вивих, перелом, кровотеча, опік.

Оглядаємо місце події щодо безпеки для особи, яка надає допомогу.
Первинний огляд постраждалого. Не забуваймо про особисту безпеку. Визначення наявності свідомості: якщо місце події безпечне, наближаємося до постраждалого з боку голови, стискаємо трапецієподібний м'яз, за наявності свідомості звертаємося до постраждалого: «З вами все гаразд? Як ви себе почуваете?» Якщо постраждалий відреагував і йому нічого не загрожує, залишаємо його в попередньому положенні, викликаємо «Швидку допомогу». Якщо постраждалий не відреагував і рятувальнику нічого не загрожує, підходимо до постраждалого з боку рук, виявляємо ознаки життя: • наявність дихання за принципом: чути, бачити, відчувати протягом 10 сек., • наявність пульсу на сонній артерії протягом 5 сек., • реакція зіниць на світло.

За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію.
 У дорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»).

У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки.

У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями.

Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини.

Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками.

Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

Направити дії особи, що надає допомогу, на усунення причин виникнення травматичного шоку, це:

- зупинка кровотечі за допомогою кровоспинного джгута, закрутки;
- іммобілізація травмованих кінцівок за допомогою підручних засобів чи медичних шин.

Переведення постраждалого у протишоккове положення:

- покласти постраждалого в горизонтальне положення;
- ноги постраждалого підняти на рівень підборіддя.

Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо:

точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати;

номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає;

прізвище та ім'я постраждалого за можливості;

характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання);

кількість постраждалих;

стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.);

характер наданої допомоги.

Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 5 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ КРОВОТЕЧІ

При будь-якій кровотечі людина, яка надає домедичну допомогу, повинна діяти швидко, рішуче та обережно. Її завдання — якомога швидше, простіше і надійніше зупинити кровотечу, при цьому не погіршити стан постраждалого.

Найбільш небезпечні для життя — венозна та особливо артеріальна кровотечі.

Артеріальна кровотеча: швидкий та найнебезпечніший вид кровотечі, кров яскраво-червоного кольору, «б'є фонтаном», пульсує.

Венозна кровотеча: менш небезпечний вид кровотечі, кров темно-червоного кольору, безперервно витікає з рани.

Оглядаємо місце події щодо безпеки для особи, яка надає допомогу.

Первинний огляд постраждалого. Не забуваймо про особисту безпеку.

Визначення наявності свідомості: якщо місце події безпечне, наближаємося до постраждалого з боку голови, стискаємо трапецієподібний м'яз, за наявності свідомості звертаємося до постраждалого: «З вами все гаразд? Як ви себе почуваете?» Якщо постраждалий відреагував і йому нічого не загрожує, залишаємо його в попередньому положенні, викликаємо «Швидку допомогу».

Якщо постраждалий не відреагував і рятувальнику нічого не загрожує, підходимо до постраждалого з боку рук, виявляємо ознаки життя:

- наявність дихання за принципом: чути, бачити, відчувати протягом 10 сек.,
- наявність пульсу на сонній артерії протягом 5 сек.,
- реакція зіниць на світло.

За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію. У дорослого — співвідношення: 2 вдихи 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»). У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки. У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями. Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини. Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками. Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
При вдалому проведенні СЛР перевертаємо постраждалого на живіт. Необхідно уникати будь-якого «скручування» хребетного стовпа між плечима і попереком, щоб виключити можливість паралічу кінцівок постраждалого. Заводимо ближню до себе руку постраждалого за його голову. Однією рукою беремося за дальнє від себе плече, а другою — за поясний пасок або стегно постраждалого. Заведена за голову рука постраждалого не тільки страхує шийний відділ хребта, а й значно полегшує повертання тіла.
При артеріальній кровотечі — накладаємо кровоспинний джгут (закрутку). Артеріальна кровотеча зупиняється накладанням джгута (закрутки) максимально швидко поверх одягу вище рани. Правильно накладений джгут (закрутка) — відсутність пульсу на травмованій кінцівці. За можливості слід залишити інформацію про час накладання. При кровотечі з магістральних судин постраждалий гине протягом 2 хв., причина смерті — втрата до 50 % кількості крові.
При венозній кровотечі — накладаємо стискаючу пов'язку безпосередньо на рану. Після накладання пов'язки надаємо травмованій кінцівці підвищеного положення.
Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо: точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати; номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає; прізвище та ім'я постраждалого за можливості; характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання); кількість постраждалих; стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.); характер наданої допомоги. Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 6 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Перелом — повне порушення цілісності кістки під дією різних чинників. Розрізняють закриті та відкриті переломи. Для переломів характерні такі ознаки: вкорочення кінцівки, деформація в місці травми, протиприродний рух пошкодженої кінцівки, сильний біль.

При пошкодженні хребта не можна рухати постраждалого до прибуття «швидкої допомоги», якщо його життя немає загрози. Травму хребта підозрюємо за таких обставин: падіння з висоти, стрибки у воду, вибух, ДТП. Для цього виду пошкодження характерні такі ознаки: втрата відчуття пошкодженої кінцівки, втрата рухових функцій кінцівки, деформація в ділянці хребта, відчуття тиску в голові, шиї або спині.

Оглядаємо місце події щодо безпеки для особи, яка надає допомогу.

Первинний огляд постраждалого. Не забуваймо про особисту безпеку. Визначення наявності свідомості: якщо місце події безпечне, наближаємося до постраждалого з боку голови, стискаємо трапецієподібний м'яз, за наявності свідомості звертаємося до постраждалого: «З вами все гаразд? Як ви себе почуваете?» Якщо постраждалий відреагував і йому нічого не загрожує, залишаємо його в попередньому положенні, викликаємо «швидку допомогу». Якщо постраждалий не відреагував і рятувальнику нічого не загрожує, підходимо до постраждалого з боку рук, виявляємо ознаки життя:

- наявність дихання за принципом: чути, бачити, відчувати протягом 10 сек.,
- наявність пульсу на сонній артерії протягом 5 сек.,
- реакція зіниць на світло.

За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію.

У дорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»).

У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки.

У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями.

Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини.

Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками. Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

При вдалому проведенні СЛР надаємо постраждалому найбільш зручного положення (такого, яке завдає найменшого болю).

При травматичному шоці — надаємо постраждалому протишоккового положення:

- покласти постраждалого в горизонтальне положення;
- ноги постраждалого підняти на рівень підборіддя.

При підозрі на переломи кісток — проводимо імобілізацію за допомогою підручних засобів.

У разі ускладнення перелому кровотечею (артеріальна, венозна) перш за все слід зупинити кровотечу накладанням джгута (закрутки). Для забезпечення адекватної імобілізації фіксуються суглоби нижче та вище місця ушкодження, ні в якому разі не закриваючи джгута (закрутки) при кровотечі. По можливості слід прикласти холод на місце пошкодження для зменшення набряку та болю.

Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо:

точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати;
номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає;
прізвище та ім'я постраждалого за можливості;
характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання);
кількість постраждалих;
стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.);
характер наданої допомоги.

Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 7 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ОПІКАХ

Опіки — вид травми, що викликана дією тепла, електроенергії, хімічних речовин, випромінювання. Опіки дихальних шляхів — утруднене дихання або ковтання, хрипке дихання, задишка, можливі видимі опіки обличчя. Опіки тіла поділяються на IV ступені:

I ступінь — почервоніння шкіри та набряк, що супроводжується сильним болем.

II ступінь — почервоніння та набряк шкіри, що супроводжується утворенням пухирів, заповнених жовтуватою рідиною.

III ступінь — омертвіння шкіри, вміст пухирів желеподібний.

IV ступінь — ураження більш глибоких шарів шкіри та кісток. Часто відбувається обвуглення місця опіку.

Оглядаємо місце події щодо безпеки для особи, яка надає допомогу. Негайно припиняємо дію травмуючого чинника.
Первинний огляд постраждалого. Не забуваймо про особисту безпеку. Визначення наявності свідомості: якщо місце події безпечне, наближаємося до постраждалого з боку голови, стискаємо трапецієподібний м'яз, за наявності свідомості звертаємося до постраждалого: «З вами все гаразд? Як ви себе почуваєте?» Якщо постраждалий відреагував і йому нічого не загрожує, залишаємо його в попередньому положенні, викликаємо «швидку допомогу». Якщо постраждалий не відреагував і рятувальнику нічого не загрожує, підходимо до постраждалого з боку рук, виявляємо ознаки життя:
• наявність дихання за принципом: чути, бачити, відчувати протягом 10 сек., • наявність пульсу на сонній артерії протягом 5 сек., • реакція зіниць на світло.
За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію. <i>Удорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»).</i> <i>У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки.</i> <i>У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями.</i> <i>Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини.</i> <i>Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками. Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.</i>
При вдалому проведенні СЛР надаємо постраждалому найбільш зручного положення (такого, яке завдає найменшого болю).
При шоці — постраждалому надаємо протишокowego положення:
• покласти постраждалого в горизонтальне положення; • ноги постраждалого підняти на рівень підборіддя.
У постраждалого опіки I або II ступеня. Охолоджуємо місце опіку холодною водою; місце травми накриваємо серветкою; при утворенні пухирів ні в якому разі їх не розрізаємо.

Якщо постраждалий притомний, забезпечуємо його рясним питтям для запобігання інтоксикації.
При хімічному опіку забезпечуємо промивання місця травми водою до прибуття «швидкої допомоги».
Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо: точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати; номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає; прізвище та ім'я постраждалого за можливості; характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання); кількість постраждалих; стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.); характер наданої допомоги. Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 8 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ

Гостре отруєння — захворювання, викликане отруйними речовинами, які потрапили в організм людини.

Ознаки, які вказують на гостре отруєння: різкий біль у очах, опіки навколо рота та на язиці, біль у горлі та животі, що посилюється при ковтанні, рясні виділення з носа та слини, нудота, блювота (зі специфічним запахом отруйних речовин, кров'ю), порушення дихання.

Проводимо огляд місця події щодо безпеки для особи, яка надає допомогу. Негайно припиняємо дію чинника, що викликав отруєння.
Первинний огляд постраждалого. Не забуваймо про особисту безпеку. Визначення наявності свідомості: якщо місце події безпечне, наближаємося до постраждалого з боку голови, стискаємо трапецієподібний м'яз, за наявності свідомості звертаємося до постраждалого: «З вами все гаразд? Як ви себе почуваете?» Якщо постраждалий відреагував і йому нічого не загрожує, залишаємо його в попередньому положенні, викликаємо «швидку допомогу». Якщо постраждалий не відреагував і рятувальнику нічого не загрожує, підходимо до постраждалого з боку рук, виявляємо ознаки життя: • наявність дихання за принципом: чути, бачити, відчувати протягом 10 сек., • наявність пульсу на сонній артерії протягом 5 сек., • реакція зіниць на світло.
За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію. У дорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»); У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки. У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями. Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини. Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками. Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

При вдалому проведенні СЛР перевертаємо постраждалого на живіт. Необхідно уникати будь-якого «скручування» хребетного стовпа між плечима і попереком, щоб виключити можливість паралічу кінцівок постраждалого. Заводимо ближню до себе руку постраждалого за його голову. Однією рукою беремося за дальнє від себе плече, а другою — за поясний пасок або стегно постраждалого. Заведена за голову рука постраждалого не тільки страхує шийний відділ хребта, а й значно полегшує повертання тіла.
За наявності свідомості промаємо шлунок «ресторанним методом» до чистої води. Ні в якому разі не даємо постраждалому газовані напої, з урахуванням властивості вуглекислого газу прискорювати швидкість всмоктування токсинів
Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо: точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати; номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає; прізвище та ім'я постраждалого за можливості; характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання); кількість постраждалих; стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.); характер наданої допомоги. Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 9 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМУ І НАРКОТИЧНОМУ ОТРУЄННІ

Постраждалий, який перебуває в стані алкогольного або наркотичного отруєння, становить загрозу для оточуючих; з огляду на це, для особи, яка надає допомогу, головним є не наражати себе на небезпеку.

Негайно припиняємо дію чинника, що викликав отруєння.
Провести первинний огляд постраждалого, перевіряємо наявність ознак життя. Постраждалий непритомний. Перевіряємо наявність пульсу на сонній або іншій магістральній артерії. Найчастіше пульс вимірюють на сонній та променевої артерії. Для цього потрібно покласти на судину чотири пальці і злегка натиснути. Не слід визначати пульс великим пальцем, оскільки в ньому відчувається власна пульсація судин і можна прийняти власний пульс за пульс постраждалого. Перевіряємо наявність дихання. Дихання може зберігатися за відсутності серцебиття щонайдовше 30–60 сек.
За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію. У дорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»); У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки. У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями. Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини. Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками. Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

За наявності ознак життя перевертаємо хворого на живіт. Необхідно уникати будь-якого «скручування» хребетного стовпа між плечима і попереком. Заводимо ближню до себе руку постраждалого за його голову. Однією рукою беремося за дальнє від себе плече, а другою — за поясний пасок або стегно постраждалого. Заведена за голову рука постраждалого не тільки страхує шийний відділ хребта, а й значно полегшує повертання тіла. Прикладаємо холод до голови. Виключаємо можливий розвиток набряку головного мозку.
Промиваємо шлунок «ресторанним методом»: даємо випити постраждалому максимальну кількість чистої води, а потім викликаємо блювання. Повторюємо цю дію до появи чистої води під час блювання.
Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо: точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати; номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає; прізвище та ім'я постраждалого за можливості; характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання); кількість постраждалих; стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.); характер наданої допомоги. Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 10 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПОТРАПЛЯННІ ЧУЖОРІДНОГО ТІЛА У ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ

Проводимо первинний огляд постраждалого, перевіряємо наявність ознак життя. Постраждалий непритомний. Перевіряємо наявність пульсу на сонній або іншій магістральній артерії. Найчастіше пульс вимірюють на сонній та променевої артерії. Для цього потрібно покласти на судину чотири пальці і злегка натиснути. Не слід визначати пульс великим пальцем, оскільки в ньому відчувається власна пульсація судин і можна прийняти власний пульс за пульс постраждалого. Перевіряємо наявність дихання. Дихання може зберігатися за відсутності серцебиття щонайдовше 30–60 сек.
За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію. У дорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»); У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки. У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями. Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини. Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками. Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
За наявності ознак життя перевертаємо постраждалого на живіт Необхідно уникати будь-якого «скручування» хребетного стовпа між плечима і попереком. Заводимо ближню до себе руку постраждалого за його голову. Однією рукою беремося за дальнє від себе плече, а другою — за поясний пасок або стегно постраждалого. Заведена за голову рука постраждалого не тільки страхує шийний відділ хребта, а й значно полегшує повертання тіла.

При повній обструкції дихальних шляхів. Нахилиємо постраждалого так, щоб голова, шия, грудна клітка були нижче пояса. Наносимо п'ять ковзаючих ударів між лопатками, якщо предмет не вийшов, використовуємо метод Хеймліка — охоплюємо талію постраждалого руками; стискаємо руку в кулак; притискаємо кулак до живота на рівні сонячного сплетіння; охоплюємо кулак долонею другої руки; робимо п'ять поштовхів у напрямку діафрагми. Проводимо до викидання стороннього тіла назовні.
При неповній обструкції дихальних шляхів. Не заважаємо постраждалому самостійно відкашлятися до видалення стороннього предмета з дихальних шляхів.
Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо: точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати; номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає; прізвище та ім'я постраждалого за можливості; характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання); кількість постраждалих; стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.); характер наданої допомоги. Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 11 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ УТОПЛЕННІ

У перші хвилини після утоплення можна врятувати понад 90 % постраждалих, через 6–7 хв. лише 1–3 %. Відповідно до наведеної інформації вирішальне значення має швидкість дій рятувальника.

**Істинне (синє) утоплення — легені та дихальні шляхи заповнені водою.
Біле утоплення — спазм голосових зв'язок, вода в легені не потрапляє.**

Оглядаємо місце події щодо безпеки для особи, що надає допомогу.
Первинний огляд постраждалого. Не забуваймо про особисту безпеку. Визначення наявності свідомості: якщо місце події безпечне, наближаємося до постраждалого з боку голови, стискаємо трапецієподібний м'яз, за наявності свідомості звертаємося до постраждалого: «З вами все гаразд? Як ви себе почуваєте?» Якщо постраждалий відреагував і йому нічого не загрожує, залишаємо його в попередньому положенні, викликаємо «швидку допомогу». Якщо постраждалий не відреагував і рятувальнику нічого не загрожує підходимо до постраждалого з боку рук, виявляємо ознаки життя: • наявність дихання за принципом: чути, бачити, відчувати протягом 10 сек.; • наявність пульсу на сонній артерії протягом 5 сек.; • реакція зіниць на світло. Проводимо на твердій поверхні (мокрый пісок).
За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію. У дорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»). У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки. У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями. Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини. Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками. Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

При вдалому проведенні СЛР перевертаємо постраждалого на живіт. Необхідно уникати будь-якого «скручування» хребетного стовпа між плечима і попереком, щоб виключити можливість паралічу кінцівок постраждалого. Заводимо ближню до себе руку постраждалого за його голову. Однією рукою беремося за дальнє від себе плече, а другою — за поясний пасок або стегно постраждалого. Заведена за голову рука постраждалого не тільки страхує шийний відділ хребта, а й значно полегшує повертання тіла.
Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо: точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати; номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає; прізвище та ім'я постраждалого за можливості; характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання); кількість постраждалих; стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.); характер наданої допомоги. Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 12 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЕПІЛЕПТИЧНОМУ НАПАДІ

Епілептичний напад — стан, який безпосередньо загрожує життю людини.

Оглядаємо місце події щодо безпеки для особи, що надає допомогу.
Головна мета при наданні домедичної допомоги — не дати можливості постраждалому заподіяти собі додаткових пошкоджень. Під голову постраждалому кладемо згорнутий одяг для запобігання травмування голови.
Не можна вставляти сторонній предмет у рот для попередження прикушування язика між щелепами з огляду на можливість обструкції дихальних шляхів уламками зубів постраждалого чи уламками предметів. Повернути постраждалого набік (за можливості), притискаючи без протидії судомам плечовий пояс постраждалого до підлоги.
Для зниження тону м'язів прикладаємо до пахових складок та бокових поверхонь шиї холод.
Після припинення судом оглядаємо постраждалого на наявність свідомості та дихання.
За відсутності ознак життя розпочинаємо серцево-легеневу реанімацію. У дорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»); У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки. У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями. Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини. Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками. Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

При вдалому проведенні СЛР перевертаємо постраждалого на живіт. Необхідно уникати будь-якого «скручування» хребетного стовпа між плечима і попереком, щоб виключити можливість паралічу кінцівок постраждалого. Заводимо ближню до себе руку постраждалого за його голову. Однією рукою беремося за дальнє від себе плече, а другою — за поясний пасок або стегно постраждалого. Заведена за голову рука постраждалого не тільки страхує шийний відділ хребта, а й значно полегшує повертання тіла.
Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо: точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати; номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає; прізвище та ім'я постраждалого за можливості; характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання); кількість постраждалих; стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.); характер наданої допомоги. Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

№ 13 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПОЛОГАХ

Пологи — фізіологічний процес, під час якого відбувається народження плода та виділення плаценти.

Для того щоб правильно визначити момент початку пологів, слід розрізнати:

1. Перейми — періодичні скорочення м'язів матки.

2. Потуги — ритмічні скорочення м'язів черевного пресу, що мають характер болю в ділянці куприка та низу живота.

Розрізняють три періоди пологів:

перший період — починається з першими регулярними переймами;

другий період — вигнання, починається з моменту повного розкриття шийки матки та закінчується народженням дитини;

третій період — послідовий, починається з моменту народження дитини та закінчується виділенням плаценти.

Викликаючи «швидку допомогу», вказуємо: точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати; номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає; прізвище та ім'я постраждалого за можливості; характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання); кількість постраждалих. Стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.); характер наданої допомоги. Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!
--

Під час першого періоду: заспокоїти породіллю, за можливості знайти зручне місце для породіллі (наприклад, вона може лежати на спині з піднятою головою), підготувати чисту тканину, воду та рушники.

Під час другого періоду: всі маніпуляції направлені на створення безпечних умов для вигнання плода. Якщо є обвивання пуповиною шиї плода, негайно обережно натягують її та знімають через голову. Після народження дитини її необхідно покласти на суху чисту тканину, звільнити рот та ніс дитини від слизу.
Обробка пуповини — після припинення пульсації судин пуповини на відстані до 10 см від пупочного кільця накладаємо два затискачі (або перев'язуємо) на відстані 2 см один від одного, потім пуповину між ними розрізаємо.
Під час третього періоду до 30 хв. після народження плода виділяється плацента.
Після народження дитини її необхідно сповити в суху, чисту тканину. Жінку, дитину та послид (плаценту) слід терміново доставити до лікарні.

№ 14 СХЕМА НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОДАХ

Дорожньо-транспортна пригода (ДТП) — це подія, що сталася під час руху транспортного засобу, внаслідок якої є травмовані або загинуві люди.

Основними причинами смерті постраждалих у ДТП є такі фактори: травми, не сумісні з життям — 20%; затримка «швидкої допомоги» — 10%; бездіяльність або неправильні дії очевидців ДТП — 70%.

Терміново викликаємо бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги.
Вказуємо: точну адресу місця, де відбулася пригода (з назвою найближчих вулиць, що перетинаються, орієнтири, назва будівлі), та як до нього під'їхати; номер телефону, з якого робиться виклик, прізвище того, хто викликає; прізвище та ім'я постраждалого за можливості; характер пригоди (нещасний випадок чи гостре захворювання); кількість постраждалих; стан постраждалого (біль у грудях, утруднене дихання, кровотеча та ін.); характер наданої допомоги;
Не кладіть трубку, якщо не впевнені, що диспетчер зрозумів вас правильно!!!

Проводимо огляд місця події щодо безпечності — неправильні дії можуть коштувати життя не тільки постраждалим, а й особам, які надають допомогу.
 Загрозою може бути: дорожній рух, вогонь, розлите паливо, обірвані дроти лінії електр опорах тощо.
 Позначаємо місце події, увімкнувши аварійну світову сигналізацію, і виставляємо знак аварійної зупинки на відстані 50 м від транспортного засобу.
 Якщо двигун працює — його вимикаємо, блокуємо колеса (камінням, дошками), щоб запобігти рухові транспортного засобу.
 Залучаємо оточуючих до надання необхідної допомоги постраждалому.
 Надаємо домедичну допомогу, використовуючи вміст автомобільних аптечок.

Вважаємо, що в усіх постраждалих внаслідок ДТП є травма шийного відділу хребта, з огляду на що необхідно шийним комірцем, а в разі його відсутності підручними засобами, забезпечити нерухомість голови, шиї та хребта.

Якщо постраждалих кілька — проводимо сортування. Якщо серед постраждалих є люди з легким ураженням, які можуть пересуватись самостійно, просимо їх відійти вбік і зачекати. Спочатку надаємо домедичну допомогу тим, хто перебуває в тяжкому стані (клінічна смерть, інтенсивна кровотеча, больовий шок).
Визначаємо, чи постраждалий притомний, перевіряємо наявність дихання та пульсу в тому положенні, в якому його було знайдено. Якщо місце пригоди небезпечне або у постраждалого відсутні пульс та дихання: — витягаємо постраждалого з автомобіля; • переносимо в безпечне місце; • проводимо серцево-легеневу реанімацію. У дорослого — співвідношення: 2 вдихи — 30 натискань на грудну клітку обома руками (долоня над долонею або долоні «в замку»). У дітей від року та підлітків — співвідношення: 5 вдихань — 30 натискань, а потім 2 вдихи — 30 натискань основою долоні однієї руки. У дітей від народження до 1 року — співвідношення: 5 вдихань — 15 натискань, а потім 2 вдихи — 15 натискань двома пальцями. Заміна рятувальників проводиться кожні дві хвилини. Місце натискання на грудну клітку — посередині грудної клітки на лінії між сосками. Проводимо до появи ознак життя або до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.
Надаємо домедичну допомогу постраждалим відповідно до наявних пошкоджень, наприклад: • зупиняємо інтенсивну кровотечу; • проводимо протишокові дії; • іммобілізуємо ушкоджені кінцівки; • накладасмо пов'язки на великі відкриті рани та опіки. Якщо місце події безпечне, залишаємо постраждалого у початковому положенні, надавши необхідну домедичну допомогу. Забезпечуємо постійний нагляд за постраждалими до прибуття екстреної (швидкої) медичної допомоги
Якщо екстрена (швидка) медична допомога не може прибути вчасно, доправляємо постраждалого до лікувального закладу попутним транспортом. Основною вимогою до транспортування постраждалого до лікувальної установи є забезпечення спокою і достатніх зручностей. При транспортуванні необхідно враховувати стан здоров'я постраждалого. Якщо він задовільний — можна перевозити попутним транспортом. Не кожен попутний транспорт, особливо вантажний, може бути використаний для цього, оскільки тряска і поштовхи можуть заподіяти додаткову травму і погіршити загальний стан. • При черепно-мозковій травмі хворого обов'язково транспортувати тільки автомобілем «швидкої допомоги» і в лежачому положенні. Бажано навколо голови розмістити валик з рушника, згорнутого у вигляді бублика. Постраждалому забороняється самостійно пересуватися. • При травмі грудної клітки постраждалого транспортувати в напівсидячому положенні. • При переломі ключиці — у сидячому положенні. • При закритій травмі живота — у положенні лежачи на спині з холодом на животі. • При травмі обличчя і щелеп — у положенні лежачи з поверненою набік головою. • При травмі поперекового відділу хребта — у положенні лежачи на животі на жорсткій основі. • При закритій черепно-мозковій травмі — у положенні лежачи на спині з поверненою набік головою. Це відверне западання язика (запалый язык перекиє дихальні шляхи і викличе порушення дихання, аж до виникнення потреби в реанімаційних заходах) і в разі блювання не дозволить блювотним масам, а також слині потрапити в дихальні шляхи, що також небезпечно для життя постраждалого. • При травмі таза постраждалого слід транспортувати в положенні «жаби». • Якщо постраждалий у стані шоку і непритомності, його треба транспортувати лежачи в положенні «складаного ножа» (ноги підняті, але не більше ніж на 15–20°).

3. ПРАВИЛА ВИЖИВАННЯ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

3.1. Правила поведінки в умовах надзвичайних ситуацій

До НС природного характеру, які можливі на території України, належать: землетруси, повені (паводки, підтоплення, катастрофічне затоплення), селеві потоки, зсуви, сильний вітер (ураган, смерч), снігопад, хуртовина, бурі та інші явища природи, що виникають, як правило, раптово. До них можна також зарахувати й пожежі, особливо лісові та торф'яні.

Кожна з надзвичайних ситуацій має свої причини виникнення, притаманні тільки їй, особливості впливу на навколишнє середовище, фізичну суть і рушійні сили. Проте, їм характерні й загальні властивості — це велике просторове захоплення, сильна психологічна дія на населення і значний вплив на навколишнє середовище.

Працівники суб'єктів господарювання мають завжди бути готовими до НС, брати активну участь у ліквідації наслідків стихійних лих, виробничих аварій і катастроф.

Правила поведінки і дії працівників при землетрусах

Деякі відносні ознаки близького землетрусу:

неспокійна поведінка багатьох тварин перед підземними поштовхами (тривожно ревуть корови, рвуть вудила коні, вкрай нервовими стають коти і собаки, змії виповзають зі своїх сховищ, миші залишають будинки);

запах газу в районах, де раніше цього не помічалося;

спалах у вигляді розсіяного світла зірниць;

іскріння близько розташованих дротів (без елемента дотику між собою).

Кожен, хто живе в сейсмонебезпечному районі, повинен свідомо планувати свої дії під час можливого землетрусу. Важливо, щоб кожна людина знала та вміла поводитися в НС, була психологічно підготовлена до будь-якої ситуації вдома і на роботі.

Дії під час землетрусу. На підприємствах та установах при землетрусі всі роботи слід припинити, технологічне і виробниче обладнання зупинити, відімкнути електроенергію, понизити тиск газу, пари, повітря, кисню, води. Там, де за умовами технологічного процесу виробництва зупинити технологічну лінію, агрегат, піч та інше обладнання за короткий час неможливо, здійснюють перехід на економний режим роботи. Робітники і службовці, які входять до складу рятувальних формувань, мають прибути до місця збору, а решта — у безпечні місця.

Перебуваючи у приміщенні, слід негайно зайняти безпечне місце. Це отвори капітальних внутрішніх стін (наприклад, відчинити двері) або кути, утворені ними. Можна заховатися під балками каркасу, під несучими колонами, біля внутрішньої капітальної стіни чи під столом. Слід пам'ятати, що найчастіше завалюються зовнішні стіни будівель. Необхідно триматися подалі від вікон та важких предметів, які можуть перекинутися чи зрушити з місця.

Не слід вибігати з будівлі, оскільки уламки, які падають уздовж стін, становлять серйозну небезпеку. Безпечніше перечекати поштовх і, лише дочекавшись його закінчення, перейти у безпечне місце. Перебуваючи всередині багатоповислої будівлі, не слід поспішати до ліфтів чи сходів, які часто обвалюються під час землетрусу. Після припинення поштовхів потрібно термі-

ново вийти на вулицю, якнайшвидше відійти від будівель та споруд на відкрите місце, незабудовану територію, дивитися, щоб поблизу не було ліній електропередач, шляхопроводів та мостів.

Якщо підземні поштовхи застали на вулиці, потрібно якнайдалі відійти від будівель та споруд. Не можна перебувати поблизу заводів, фабрик, складів, які мають пожежонебезпечні, вибухові й отруйні речовини.

Опинившись у завалі, слід спокійно оцінити обстановку, надати собі домедичну допомогу, якщо вона потрібна. Необхідно надати допомогу тим, хто її потребує. Важливо подбати про встановлення зв'язку з тими, хто перебуває в зоні завалу (голосом, стуком). Людина може зберігати життєздатність (без води та їжі) понад два тижні.

Після землетрусу необхідно оцінити обстановку, у разі потреби надати домедичну допомогу постраждалим або викликати швидку медичну допомогу. Переконавшись, що будівлі або споруди не ушкоджені, відсутні загрози виникнення пожеж.

Бути дуже обережним, може статися раптове обвалення будівель та споруд, а також загрожувати небезпека від витоку газу, від ліній електромереж, розбитого скла. Необхідно перевірити стан мереж електро-, газо- і водопостачання.

Не користуватися відкритим вогнем, газовими плитами, освітленням, нагрівальними приладами і не вмикати їх до того часу, доки не переконаєтеся, що не має витоку газу.

Бути готовими до повторних поштовхів.

Безпечні дії працівників у разі виникнення геологічних надзвичайних ситуацій

Деякі рекомендації щодо правил поведінки при зсувах, селях:

зберігайте спокій, уникайте паніки;

у разі попередження про селевий потік або зсув слід якомога швидше залишити приміщення і вийти у безпечне місце, вимкнувши електричні та газові прилади, водопровідну мережу, приготуватися до евакуації;

якщо перебуваєте в горах, то, почувши шум потоку, що наближається, негайно підніміться з дна лощини вгору по схилу не менше, ніж на 50–100 м, кинувши всі важкі речі, що заважають швидкому рухові;

пам'ятайте, що під час руху селевого потоку каміння великої маси розкочується на значні відстані;

за можливості надайте допомогу людям, які потрапили в селевий потік, використовуючи дошки, палки, мотузки та інші засоби;

після зміщення зсуву в спорудах, що вціліли, перевірте стан стін, перекриттів, ліній електро-, газо- та водопостачання.

При виникненні чи загрозі виникнення природних стихійних лих можлива зупинка роботи деяких підприємств, установ, організацій чи їх підрозділів, цехів або відділів. Зі зміною режиму роботи на суб'єктах господарювання організовують цілодобове чергування відповідальних посадових осіб, спеціалістів аварійно-технічної служби.

Особливості негативного впливу гідрометереологічних надзвичайних ситуацій.

Правила безпечної поведінки працівників у разі їх виникнення

Дії в зоні раптового затоплення під час повені, паводка:

зберігати спокій, уникати паніки;
швидко зібрати необхідні документи, цінності, ліки, продукти та інші необхідні речі;

за можливістю негайно залишити зону затоплення;

перед виходом вимкнути електро- та газопостачання, загасити вогонь. Зачинити вікна та двері, якщо є час — закрити вікна та двері першого поверху дошками (щитами);

піднятися на верхні поверхи. Якщо будинок одноповерховий, зайняти горішні приміщення;

до прибуття допомоги залишайтеся на верхніх поверхах, дахах, деревах чи інших підвищеннях, сигналізуйте рятувальникам, щоб вони мали змогу швидко вас знайти;

перевірте, чи немає поблизу постраждалих, надайте їм, якщо є можливість, допомогу;

потрапивши у воду, зніміть із себе важкий одяг і взуття, відшукайте поблизу предмети, якими можна скористатися до надходження допомоги;

не переповнюйте рятувальні засоби (катери, човни, плоти тощо).

У разі раптових паводків попередження проводиться всіма наявними технічними засобами оповіщення.

Дії після повені, паводка:

переконатися, що будівля не дістала внаслідок повені ніяких ушкоджень та не загрожує заваленням, відсутні провалини, не розбите скло і немає небезпечних уламків та сміття;

не слід користуватись електромережею до повного осушення будинку; просушити будівлі, провести ретельне очищення та дезінфекцію прилеглої території;

здійснити осушення затоплених підвальних приміщень;

електроприладами користуватися тільки після їх ретельного просушування;

все майно, яке було затопленим, підлягає дезінфекції.

Основні причини виникнення та особливості пожеж у природних, екологічних системах. Правила поведінки та заходи безпеки у разі виникнення

При природних пожежах існує загроза знищення прилеглих до лісу населених пунктів і підприємств (загоряння складів деревини, дерев'яних будинків та інших господарських об'єктів). У результаті відбувається знищення деревини, в тому числі цінних порід (економічний аспект). Природні пожежі приводять до руйнування сформованих екосистем, знищення фітомаси лісових біогеоценозів і тваринних ресурсів. Відбувається забруднення навколишнього середовища токсичними продуктами горіння (викиди шкідливих хімічних речовин у приземний шар атмосфери, задимленість). Спостерігається порушення природного вуглецевого циклу, підвищення концентрації діоксину вуглецю і, як наслідок, глобальне потепління клімату (екологічний аспект).

У разі перебування людей у зоні природної пожежі виникає загроза їх життю. Природні пожежі знищують майно людей, позбавляють їх худоби, будинків (соціально-політичний аспект).

Своєчасна ліквідація лісових пожеж є дуже важливою. У першу чергу слід локалізувати пожежу і лише після цього розпочати її ліквідацію, вибравши

відповідні прийоми. Гасіння лісової пожежі — це послідовно здійснювані стадії розвідки пожежі, зупинення поширення крайки пожежі (фронту, флангів), локалізація пожежі (по фронту або частині периметра площі пожежі), ліквідація осередків горіння, що залишилися всередині згарища, патрулювання вигорілої площі пожежі.

Розвідка лісової пожежі проводиться групою у супроводі осіб, які знають місцевість, і фахівців лісового господарства. При великій площі пожежі розвідка та спостереження за поширенням вогню і ходом його гасіння здійснюються за допомогою гелікоптерів, літаків та автотранспорту.

Найбільш складною та трудомісткою є локалізація пожежі, яка являє собою вирішальний етап робіт з її гасіння. У ході локалізації здійснюється зупинка поширення пожежі безпосередньо під впливом вогнегасних речовин. Ці заходи здебільшого забезпечують лише тимчасову зупинку поширення пожежі, але дають можливість виграти час і зосередити сили та кошти на більших роботах.

Локалізованими вважаються тільки ті пожежі, навколо яких прокладені загороджувальні мінералізовані смуги або канави, які надійно стоять на шляху подальшого поширення горіння, а також коли у керівника гасіння є достатньо сил і засобів для остаточної ліквідації природної пожежі.

Основними правилами для кожного, хто залучається до гасіння лісових пожеж, повинні бути обережність і передбачливість. При гасінні пожеж підгорілі дерева потрібно звалювати у напрямку пожежі, пересуватися слід з обережністю, оскільки можна провалитися в торф'яні прогари.

Треба остерігатися торф'яних боліт, а якщо потрібно, то рухатися по торф'яному полю тільки групою, при цьому перший у групі повинен перевіряти ґрунт довгою палицею (жердиною).

У разі виникнення масових пожеж у лісах та природних екосистемах важливим аспектом є правила поведінки та заходи безпеки для людей. Кожен повинен знати важливість правильних дій у екстремальних ситуаціях:

- не панікуйте та не приймайте поспішних необдуманих рішень;

- не тікайте від полум'я, що швидко наближається, у протилежний від вогню бік, а долайте крайку вогню проти вітру, закривши голову та обличчя одягом;

- з небезпечної зони, до якої наближається полум'я, виходьте швидко, перпендикулярно напрямку поширення вогню;

- якщо втекти від пожежі неможливо, то вийдіть на відкриту місцевість або галявину, увійдіть у водойму або накрийтеся мокрим одягом, і дихайте повітрям, що над самою поверхнею землі, тому що воно там менш задимлене;

- під час гасіння пожежі не відходьте далеко від доріг та просік, не випускайте з очей інших учасників гасіння пожежі, підтримуйте з ними зв'язок за допомогою голосу;

- будьте обережні в місцях горіння високих дерев, вони можуть завалитися та травмувати вас;

- особливо будьте обережні у місцях торф'яних пожеж, враховуйте, що там можуть створюватися глибокі вирви, тому рухайтесь, перевіряючи палицею глибину вигорілого шару;

- після виходу з осередку пожежі повідомте місцеві органи влади та оперативно-рятувальну службу про місце, розміри та характер пожежі;

для порятунку в палаючому лісі безпечний напрямок можна визначити по тваринах і птахам. Звірі рятуються, тікаючи від вогню у протилежний, безпечний бік.

3.2. Поведінка в умовах ведення військових дій та проведення антитерористичної операції

При першій можливості покиньте разом із сім'єю небезпечну зону. У разі неможливості виїхати особисто, відправте дітей і родичів похилого віку до родичів, знайомих. Необхідно взяти з собою всі документи, коштовні речі та цінні папери.

Підготовку до можливого перебування у зоні НС доцільно починати завчасно. Необхідно підготувати «екстрену валізу» з речами, які можуть знадобитися під час знаходження в зоні НС або під час евакуації у безпечні райони.

Підготовка оселі:

- нанести захисні смуги зі скотчу (паперу, тканини) на віконне скло для підвищення його стійкості до вибухової хвилі та зменшення кількості уламків і уникнення травмування у разі його пошкодження;

- по можливості обладнайте укриття у підвалі, захистіть його мішками з піском, передбачте наявність аварійного виходу;

- за наявності земельної ділянки обладнайте укриття на такій відстані від будинку, яка більша від його висоти;

- зробити вдома запаси питної та технічної води;

- зробити запас продуктів тривалого зберігання;

- додатково укомплектувати домашню аптечку засобами надання першої медичної допомоги;

- підготувати (закупити) засоби первинного пожежогасіння;

- підготувати ліхтарики (комплекти запасних елементів живлення), газові лампи та свічки на випадок відключення енергопостачання;

- підготувати (закупити) прилади (примус) для приготування їжі у разі відсутності газу та електропостачання;

- підготувати необхідні речі та документи на випадок термінової евакуації або переходу до захисних споруд цивільного захисту або інших сховищ (підвалів, погребів тощо);

- особистий транспорт завжди мати у справному стані і з запасом палива для виїзду у безпечний район;

- при наближенні зимового періоду необхідно продумати питання щодо обігріву оселі у разі відключення централізованого опалення.

Правила поведінки в умовах надзвичайних ситуацій воєнного характеру.

Необхідно:

- зберігати особистий спокій, не реагувати на провокації;

- не сповіщати про свої майбутні дії (плани) малознайомих людей, а також знайомих з ненадійною репутацією;

- завжди мати при собі документ (паспорт), що засвідчує особу, відомості про групу крові своєї та близьких родичів, можливі проблеми зі здоров'ям (алергію на медичні препарати тощо);

- знати місце розташування захисних споруд цивільного захисту поблизу місця проживання, роботи, у місцях частого відвідування (магазини, базар, дорога до роботи, медичні заклади тощо). Без потреби старатися якнайменше перебувати поза місцем проживання, роботи та у малознайомих місцях;

при виході з приміщень, пересуванні сходами багатоповерхівок або до споруди цивільного захисту (сховища) дотримуватись правила правої руки (як при русі автомобільного транспорту) з метою уникнення тисняви. Пропускати вперед та надавати допомогу жінкам, дітям, літнім людям та інвалідам, що значно скоротить час зайняття укриття;

уникати місць скупчення людей;

не сперечатися з незнайомими людьми, уникати можливих провокацій;

у разі отримання будь-якої інформації від органів державної влади про можливу небезпеку або заходи щодо підвищення безпеки передати її іншим людям (за місцем проживання, роботи тощо);

при появі озброєних людей, військової техніки, заворушень негайно покинути цей район;

посилювати увагу і за можливості також залишити цей район у разі появи засобів масової інформації сторони-агресора;

негайно інформувати органи правопорядку, місцевої влади, військових про осіб, які орієнтуються на місцевості, розмовляють з акцентом, мають не характерну зовнішність, здійснюють протиправні і провокативні дії, проводять незрозумілі роботи тощо;

у разі потрапляння в район обстрілу сховатись у найближчу захисну споруду цивільного захисту, сховище (укриття). У разі відсутності пристосованих сховищ для укриття використовувати нерівності рельєфу, (канави, окопи, заглиблення від вибухів тощо). У разі раптового обстрілу та відсутності поблизу споруд цивільного захисту, сховища і укриття — лягти на землю головою в бік, протилежний вибухам. Голову прикрити руками (якщо є, для прикриття голови використовувати валізу або інші речі). Не виходьте з укриття до кінця обстрілу;

надавати першу допомогу іншим людям у разі їх поранення. Викликати екстрену (швидку) медичну допомогу, представників ДСНС України, органів правопорядку, а за необхідності — військових;

у разі, якщо ви стали свідком поранення або смерті людей, протиправних до них дій (арешт, викрадення, побиття тощо), постаратися з'ясувати та зберегти якнайбільше інформації про них та обставини події для надання допомоги, пошуку, встановлення особи тощо. Необхідно пам'ятати, що ви самі або близькі вам люди також можуть опинитись у скрутному становищі й потребуватимуть допомоги.

Не рекомендується:

підходити до вікон, якщо почуєте постріли;

спостерігати за ходом бойових дій;

стояти чи перебігати під обстрілом;

конфліктувати з озброєними людьми;

носити армійську форму або камуфльований одяг;

демонструвати зброю чи предмети, схожі на неї;

підбирати покинуті зброю та боеприпаси.

При виявленні вибухонебезпечних предметів забороняється:

перекладати, перекочувати їх з одного місця на інше;

збирати і зберігати, нагрівати і вдаряти;

намагатися розряджати і розбирати;

виготовляти різні предмети;

використовувати заряди для розведення вогню та освітлення;

приносити у приміщення, закопувати в землю, кидати в колодязь чи річку.

Виявивши вибухонебезпечні предмети, вживайте заходів з означення, огороження та охорони їх на місці виявлення. негайно повідомте про це територіальні органи ДСНС та МВС за телефоном «101» та «102».

3.3. Вживання в автономному режимі

Автономне існування — це тривале існування однієї людини чи групи людей без поповнення запасів і зв'язку із зовнішнім світом. Автономне існування людини в природі, які б причини до нього не привели, завжди суттєво впливає на її стан, насамперед тому, що у буденному житті ми звикли до певних законів, добре знайомих нам.

Успішний результат автономного існування залежить від багатьох причин: фізичного і психологічного стану, запасів їжі та води, ефективності спорядження тощо.

Кожна з природних зон характеризується своїми особливостями, які обумовлюють специфіку життєдіяльності людини (правила поведінки, засоби добування води та їжі, характер захворювань і заходи їх попередження, спосіб пересування по місцевості). Чим суворіші умови зовнішнього середовища, тим коротші терміни безпечного автономного існування, тим більшої напруги вимагає боротьба з природою, тим суворіше повинні виконуватися правила поведінки, тим дорожча ціна кожної помилки. На життєдіяльність людини великий вплив мають її воля, рішучість, зібраність, винахідливість, фізична та психологічна підготовленість і витривалість. Але й цих важливих якостей часом недостатньо для порятунку. Люди гинуть від спеки і спраги, не підозрюючи, що за кілька кроків є рятівне джерело води; замерзають, не зумівши побудувати укриття зі снігу; гинуть від голоду в лісі, де багато дичини, їстівних трав, ягід та коренів; стають жертвами тварин, не знаючи, як надати собі першу медичну допомогу.

Тривалість перебування в умовах автономного існування при надзвичайних ситуаціях залежить від ряду причин, які можуть перешкоджати діяльності людини. Бажання вижити, вміння застосовувати наявні знання, суворо виконувати вимоги перебування в тій чи іншій місцевості, впевненість у знаннях місцевості, розважливості та ініціативності, дисциплінованості і вміння діяти за планом, здатність аналізувати і враховувати свої помилки — належать до факторів, які дають людині шанси на виживання.

Усі фактори виживання поділяють на чотири групи:

1. Антропологічні.
2. Природно-середовищні (екологічні).
3. Матеріально-технічні.
4. Медичні.

Перша група охоплює фактори, які характеризують стан здоров'я людини, постійність її внутрішнього середовища (гомеостаз), резервні можливості організму. До неї можливо віднести психологічну підготовку, мотивацію, волю до життя, моральні якості, а також уміння застосовувати набуті знання щодо дій в умовах автономного існування.

Другу групу становлять фактори природного середовища: температура, вологість повітря, сонячна радіація, опади, рівень барометричного тиску атмосфери, вітер тощо. До них також належать рельєф місцевості, джерела води, флора та фауна, фотоперіодизм (чергування дня і ночі), збурення електромагнітного поля Землі.

Третя група поєднує фактори, які забезпечують захисні функції та сприяють нормальній життєдіяльності людини в умовах автономного існування: одяг, медичні засоби, оснащення для пошукових і рятувальних робіт, пристосування для сигналізації та зв'язку, добування води, водно-харчовий запас, засоби для рятування на воді, підручні засоби, які використовуються з різною метою, тощо.

Четверта група — це фактори, які можуть інколи виникнути під час взаємодії людини з навколишнім середовищем. Це можуть бути будь-які можливі травми, отруєння рослинними та тваринними отрутами, зараження природно-осередковими захворюваннями, гірська хвороба, теплові та холодові ураження, укуси тварин та отруйних комах, паразитарні хвороби.

До екологічних можливо зарахувати низку факторів (холод, спека, голод, спрага, перевтомлення, засмучення, самотність, фізичний біль, страх), які набувають особливого значення за умов надзвичайних ситуацій. Ступінь несприятливого впливу буває настільки вираженим, що призводить до розвитку стресу. Це дозволяє говорити про них як про «стресори» виживання.

Біль. Травми, запальні процеси, вплив високої та низької температури, кислот, лугів та іншого супроводжуються болем, який становить собою своєрідну захисну реакцію організму. Не випадково ще у давнину біль називали «вартовим псом» організму. І дійсно, людина, у якій відсутня больова чутливість, може отримувати важкі, в окремих випадках смертельні пошкодження, бо не може своєчасно усунути причину, яка загрожує її здоров'ю. Але, з другого боку, біль приносить страждання, робить людину роздратованою, відволікає, а діючи тривалий час, стає причиною серйозного порушення здоров'я, впливає на діяльність людини, на її поведінку, робить більш вразливою до негативних факторів оточуючого середовища. Втрачаючи свою позитивну захисну функцію, він перетворюється у хворобу. Однак людина здатна справитися з болем, і навіть дуже сильним, подолати його, зосередившись на розв'язанні будь-яких життєво важливих завдань, може на час «забути» про біль.

Холод. Зменшуючи фізичну активність та працездатність, холодний стресор впливає на психологічний стан людини. Ціпеніють не лише м'язи, ціпеніє мозок, воля, без якої будь-яка боротьба приречена на поразку. Тому в зоні низьких температур, наприклад в Арктиці, діяльність людини починається із заходів для захисту від холоду: будова сховищ, розведення вогню, приготування гарячої їжі та пиття.

Спека. Висока температура оточуючого середовища, особливо пряма сонячна радіація, викликає в організмі людини значні зміни, іноді за відносно короткий час. Перегрівання організму порушує функції органів та систем, послаблює фізичну та психічну діяльність. Особливо небезпечним є вплив високих температур при нестачі питної води, бо у цьому випадку поряд з перегріванням розвивається зневоднення організму. Побудова тенту, який захищає від сонця, обмеження фізичної активності, ощадливе використання запасів води — заходи, що значно полегшують стан та життєдіяльність людей.

Спрага. Спрага є фізіологічним сигналом на нестачу рідини в організмі. При неможливості задовольнити її через нестачу або відсутність води стає вагомим перешкодою діяльності людини в умовах автономного існування. Спрага оволодіває всіма думками та бажаннями людини, вона зосереджується на єдиній меті — позбутися цього відчуття.

Голод. Сукупність відчуттів, пов'язаних з потребою організму в їжі, можливо розглядати як типову, хоча й дещо сповільнену стресову реакцію. Відомо, що людина може обходитися без їжі протягом тривалого часу, зберігаючи працездатність. Багатодобове голодування, а при нестачі води особливо, послаблює організм, знижуючи його стійкість до впливу холоду, болю та інших факторів. Оскільки аварійний запас їжі розрахований лише на кілька діб субкомпенсованого харчування, джерелом харчування повинно стати зовнішнє середовище за рахунок полювання, рибальства та збирання дикорослих їстівних рослин.

Перевтома. Своєрідний стан організму, який виникає після тривалого (а іноді короткочасного) фізичного або психічного напруження. Перевтомлення приховує у собі потенційну небезпеку, оскільки притупляє волю людини, робить її нестійкою до власної слабкості. Вона готує людину до психічної налаштованості: «Ця робота не термінова, її можна відкласти на завтра». Наслідки такого роду налаштованості можуть бути найсерйозніші. Уникнути перевтоми та швидко поновити сили дозволить правильне, рівномірне розподілення фізичного навантаження, своєчасний відпочинок, який усіма доступними засобами слід робити повноцінним.

Необхідність у захисті від хвороб і поранень потребує оволодіння простими прийомами, що звуться особистою гігієною. Вироблення імунітету надасть можливість захиститися від ряду дуже серйозних захворювань, яким можливо зазнати — віспа, черевний тиф, дифтерія, холера, чума, жовта (тропічна) лихоманка, але це не позбавить від найбільш поширених захворювань, таких як дизентерія, застуда, малярія. Тому, керуючись нашими порадами, можна довше залишитися здоровим.

У разі, коли перебування в умовах автономного існування є запланованим, а не обумовлене раптовою НС, слід брати до уваги, що в першу чергу будуть відсутні можливості для миття рук і посуду гарячою водою з милом, прання білизни, підстригання волосся і гоління. Проте, дотримання деяких правил особистої гігієни є суворо обов'язковим.

По-перше, збираючись у похід (рейд), необхідно коротко підстригтися, поголитися, обрізати якомога коротше нігті на пальцях рук та ніг. Треба увесь час піклуватися про те, щоб нижня білизна і панчохи залишалися чистими і сухими. Як мінімум, необхідно щодня під час привалів витрушувати одяг, взуття й білизну, провітрювати їх і сушити. Руки мити хоча б холодною водою або протирати їх дезінфікуючими речовинами (спирт, бензин, розчин марганцівки, крем після гоління тощо). Якщо дозволяють погода і зовнішні умови, обов'язково купатися в природних водоймах з чистою водою або організовувати обмивання кінцівок гарячою водою, а також прання білизни.

По-друге, варто всіляко уникати потертостей ніг. Потертості ніг звичайно виникають від неправильно підбраного взуття, від довгого ходіння в мокрому взутті, від невміння накручувати онучі, від того, що нігті на ногах занадто великі. Необхідно, щоб взуття завжди було сухим, розношеним, без складок і нерівностей усередині. Ідучи в похід, а тим більше на пошукове завдання, краще взувати зручні шкіряні кросівки, ніж чоботи. Зручні — це значить міцні, з міцною шнурівкою (ніяких «липучок»!) і високі. У спорядженні повинно бути не менше двох змінних пар кросівок у своєму особистому користуванні. Щоденний догляд за шкірою і пальцями ніг є обов'язковим.

Один із засобів профілактики грибкових захворювань — щоденне протирання складок шкіри між пальцями ніг дезінфікуючим розчином: 0,5% перманганату калію (марганцівки), мильною пастою або борною кислотою. Можна також пересипати складки шкіри розтертим у пил сухим грибом-трутовиком, пухом кипрею (іван-чаю), мохом-сфагнумом. Мох-сфагнум широко розповсюджений на болотах, він має червоний або жовтий відтінок. Його рвуть, очищають від грубих нижніх частин стебла, відтискають руками і сушать на повітрі, потім розтирають, щоб зробити якомога м'якшим і ніжнішим. Цей мох добре всмоктує вологу і містить речовини, що вбивають мікрофлору нагноєних ран, подряпин, порізів.

Якщо ноги все-таки виявилися стертими, слід проткнути шкірні пухирці з рідиною продезінфікованою голкою (спиртом, розчином марганцівки, трійним одеколоном тощо), выдавити чистими руками рідину і, не зриваючи шкіру, змазати уражені місця антисептичною маззю. Потім накласти зверху м'яку прокладку-тампон і забинтувати (або заклеїти лейкопластиром). Потертості, які кровоточать, обробляють перманганатом калію (марганцівкою) або борною кислотою, у крайньому разі — трійним одеколоном та присипають стрептоцидом.

Не слід забувати про плечі. За відсутності транспортних засобів для пересування доводиться нести на собі десятки кілограмів вантажу: рятувальне оснащення, продовольство, прилади, спорядження. Тому треба якомога ретельніше підганяти до тіла ремені, пряжки, рюкзак і все інше. Доцільно «підсилювати» одяг у ділянці плечей і шиї спеціальними накладками зверху і підкладками зсередини. На кожному великому привалі перевіряйте стан плечей (заходи профілактики такі ж, як і для ніг).

Вживання в умовах автономного існування. Вижити — означає розв'язати три найважливіші завдання:

1. Зуміти захиститися від холоду, спеки та вітру, захистити організм від переохолодження або перегрівання, залежно від місцевості та погодних умов.

2. Відразу встановити денну норму витрати води, а непорушний запас залишити на крайній випадок. Необхідно також вжити заходів для визначення джерел води.

3. Скласти харчовий раціон і переконатися, що наявна кількість води достатня для приготування їжі та пиття.

За умов короткотривалої зовнішньої загрози людина діє на чутливому рівні, підпорядковуючись інстинкту самозбереження: уникає падаючого дерева, хапається під час падіння за нерухомі предмети, намагається триматися на поверхні води за умов загрози утоплення. У таких випадках про волю до життя говорити не доводиться. Інша річ — довготривале виживання. В умовах автономного існування рано чи пізно настає критичний момент, коли внаслідок занадто великого фізичного і психологічного навантаження здається безглуздою подальша боротьба, пригнічується воля. Людиною оволодіває пасивність, млявість до життя. Її вже не лякають можливі трагічні наслідки непродуманої ночівлі, ризикових переправ. Вона не вірить у можливе врятування і тому гине, не вичерпавши до кінця харчових запасів.

Вживання, яке базується лише на біологічних законах самозбереження — короточасне. Для нього характерний швидкий розвиток психічних розладів та істеричні реакції поведінки. Бажання вижити повинно бути свідомим і на-

правленим на досягнення певної мети. Воно повинно бути не інстинктивним, а усвідомленим необхідністю.

Важливе значення для життєдіяльності людини має і природне середовище, його фізико-географічні умови. Через активний вплив на організм людини, воно збільшує чи скорочує час автономного існування, сприяє чи перешкоджає успіху виживання. Кожне з природних середовищ обумовлює специфіку життєдіяльності людини: режим поведінки, способи добування їжі, побудову сховищ, характер захворювань та можливі варіанти їх попередження тощо.

Перед людьми, які опинилися в умовах автономного існування, з перших хвилин виникає ряд невідкладних завдань:

1. Визначення стресового стану, який викликаний неочікуваним автономним становищем.
2. Надання першої медичної допомоги постраждалим.
3. Захист від впливу несприятливих факторів оточуючого природного середовища.
4. Забезпечення водою та харчами.
5. Визначення свого положення на місцевості.
6. Встановлення зв'язку та підготовка засобів сигналізації.

Харчування в умовах виживання. Ще у 80-ті роки XIX ст. було доведено, що протягом 30–75 днів людина здатна без шкоди для власного здоров'я виконувати фізичну роботу без поповнення енергії. Пристосування організму до відсутності їжі виявляється насамперед у скороченні загальних енерговитрат, зниженні рівня основного обміну. Після відповідної перебудови організм починає витрачати власні тканинні запаси. Так, людина масою 70 кг містить близько 15 кг жиру (141 тис. ккал), 6 кг м'язового білка (24 тис. ккал), 0,15 кг глікогену м'язів (660 ккал), 0,075 кг глікогену печінки (300 ккал). Отже, організм має про запас 165 900 ккал. Без шкоди для здоров'я організм може витратити 40 % своїх запасів, після чого настає його загибель. Проте не слід забувати, що без надходження поживних речовин людина приречена на загибель.

Добові енерговитрати організму у стані спокою становлять близько 1800 ккал, тобто тканинних запасів людині може вистачити на 30–40 діб повного голодування.

Звичайній людині за добу необхідно споживати 80–100 г білків, 400–500 г вуглеводів, 80–100 г жирів, 20 г хлориду натрію, 0,1 г вітамінів. Калорійність раціону повинна компенсувати енерговитрати організму, які при помірній фізичній роботі за добу становлять 3–3,5 тис. ккал. Але в умовах автономного існування, навіть за наявності аварійного запасу їжі, таку кількість енергії отримати неможливо, а в окремих випадках і недоцільно. Дослідженнями було доведено, що харчування за раціоном, який компенсує лише 10–15 % добових енерговитрат (400–500 ккал) не призводить протягом тривалого часу до незворотних змін у фізіологічному стані організму.

В автономному режимі необхідно розподілити наявні продукти на невеликі порції калорійністю близько 500 ккал. Розрахувати це просто: 1 г жиру має 9,1 ккал, 1 г білка та 1 г вуглеводів — по 4 ккал. Водночас потрібно максимально використовувати все, що дає навколишнє середовище — м'ясо риби, ссавців, птахів, рептилій, амфібій, великих комах (сарана), дикорослі рослини.

Передусім потрібно (зادля того щоб вижити) подолати упередженість до окремих видів їжі, незвичних або неприємних на вигляд. Так, відомо, що в їжу можна використовувати коників, сарану, цикад та їх личинок, неволохату гусінь, личинок комах, які живуть у землі, жаб, змій та інших тварин. Коники і сарана, наприклад, дуже багаті на білок і вітаміни групи В, а калорійність 100 г харчової маси, виготовленої з них, становить 225 ккал; 100 г харчової маси, виготовленої з тутового шовкопряда, має калорійність 205 ккал і містить 23,1 % вуглеводів, 14,2 % білків, 1,25 % жирів. Проте найбільш надійним і традиційним способом харчування людини є полювання і рибальство, хоча для цього необхідно мати певні навички і вміння.

Комахи багаті на білки, вуглеводи та жири. Однак часто людина, навіть дуже голодна, відмовляється від такої їжі через її неприємний вигляд. У такому разі необхідно перебороти почуття огиди.

Личинки комах та жуків теж багаті на білки і вуглеводи. Шукати їх потрібно на деревах з відшарованою корою та в старих порохнявих пнях. Краще збирати живі та здорові личинки. Їсти їх можна як сирі, так і варені та печені. Споживаючи їх, треба пам'ятати, що в багатьох народів ця їжа вважається делікатесом.

У їжу вживають сарану та коники, їхні личинки, гладку (неволохату) гусінь (усі волохаті гусениці — отруйні). У жуків необхідно видалити хітинові панцирі, крила та лапки — вони подразнюють стравохід. Мурашок можна вживати, проваривши шість–вісім хвилин (час, необхідний для зруйнування мурашиної кислоти).

Особливо багаті на білки черв'яки. Усі види земних черв'яків їстівні. Зібраних черв'яків необхідно деякий час протримати без їжі (протягом 12 год.), після чого пальцями з них видавити нутроші, промити та висушити під сонцем або на гарячому камінні. Суха маса, розтерта в порошок, додається до іншої їжі.

Не можна збирати комах та личинок, які проживають на падлі, відходах та екскрементах, бо вони переносять різні інфекції. Не збирайте личинки на спідній частині листя — вони часто виробляють токсини. Яскраві комахи та гусінь здебільшого отруйні. Не рекомендовано їсти земних молосків.

З тваринного світу в їжу можна вживати ракоподібних, жаб, молосків, пташині яйця. У жаби буває отруйна шкіра (особливо у бородавчатої), тому перед приготуванням шкіру з жаб необхідно знімати. Всі види ящірок та змій їстівні. Змію спочатку потрібно вбити і, тільки переконавшись, що вона мертва, її можна брати руками. У змії обов'язково відрубують голову (щоб уникнути отруєння) та знімають шкіру. М'ясо змії можна варити та запікати на вогні.

Всі птахи їстівні. Найлегше вполювати куріпку — вона не літає, і тому в неї легко влучити палицею. М'ясо хижих птахів потрібно готувати довше. З пташиних гнізд легко добувати яйця. Яйця птахів їстівні всі.

Виняток становлять шуліка і орел. Птахів, що харчуються рибою, спочатку треба очистити від пір'я, зняти з них шкіру з підшкірним жиром, вимочити в підсоленій воді, варити протягом години. Бульйон злити. Тільки після цього птаха можна смажити, тушкувати, використовувати для приготування супу.

Прісноводні риби їстівні майже всі. Для отруйних риб характерні яскраво виражені відмінні зовнішні ознаки:

- незвичайна форма,
- жорстка шкіра, укрита кістковими пластинками або шипами,

- маленький рот і зяброві щілини,
- слабкий розвиток або відсутність черевних плавців.

Отруйні риби непридатні в їжу навіть після тривалого варіння.

Не менш різноманітна їжа з дикорослих рослин. Щоправда, вона не така смачна та поживна, як їжа тваринного походження, але протягом тривалого часу може підтримувати сили. У тайзі та лісах середньої смуги дари природи стають у пригоді всім мандрівникам. Як продукти харчування, вони є суттєвим доповненням до раціону групи у звичайних умовах, а в разі втрати продуктів стають достатнім джерелом їжі. Для харчування вживають гриби, ягоди, фрукти; квіти, листя, стебла та коріння їстівних рослин.

Для салатів можна використовувати кульбабу, кропиву, щавель, подорожник, листя черемші, листя лопуха, листя іван-чаю, лободу, конюшину. Для приготування напоїв та відварів — м'яту, шипшину, калину, малину (ягоди та гілки), чебрець, ожину (ягоди та гілки), суниці (ягоди та листя), звіробій, горобину.

Коріння деяких рослин може замінити картоплю. Наприклад, такий рецепт: коріння лопуха, рогозу та очерету озерного необхідно ретельно промити, нарізати кружальцями, посолити та спекти на вогнищі. Страва буде ще смачнішою, якщо коріння відварити в підсоленій воді та підсмажити на олії. Для такої страви годяться також бульби стрілолисту, коріння буркуна, хвоща польового та водяні горіхи. Їх можна їсти сирими, вареними, смаженими та додавати до супу, заміняючи картоплю.

З коріння айру та очерету можна добути цукор та приготувати солодкий напій. У лісі можна зробити повидло, виварюючи подрібнений корінь лопуха (містить до 12 % білкових речовин та до 45 % полісахариду інсуліну) та листя щавлю або кислиці (одна третина кількості лопуха). Виварювати повидло треба протягом 1–1,5 год. у невеликій кількості води.

У сухому кореневищі рогозу міститься до 46 % крохмалю, 11 % цукру і до 24 % білкових речовин. З висушеного кореню можна виготовити борошно та спекти хліб чи коржики. З цього ж борошна можна зварити кисіль.

Гарніри можна приготувати з м'якого внутрішнього прошарку кори молоді берези або сосни та стебла очерету озерного, дрібно нарізавши їх як локшину. Їсти таку локшину можна як сиру, так і варену.

Крім ягід і грибів, у подорожі можна використовувати як їжу також деякі інші рослини, відомі як «їстівні дикорослі».

При зборі дикорослих треба відрізняти їстівні від отруйних. Якщо не знаєш ознак їстівних, то краще їх взагалі не використовувати в їжу. Зокрема, через небезпеку сплутати ознаки рослин не слід збирати зонтичні дикорослі, хоча серед них і є їстівні (наприклад, борщівник).

Приготування їжі в екстремальних умовах вимагає певних умінь та навичок. Птахів, рибу та дрібних звірів можна готувати на рожні (на полум'ї та над жаром).

Повна або часткова втрата продуктів харчування теж створює екстремальну ситуацію. В умовах автономного перебування групи у тайгово-гірському районі втрата продуктів ставить групу на межу виживання. У такій ситуації в першу чергу необхідно з'ясувати, скільки днів триватиме подорож по найбезпечнішій і найкоротшій дорозі до найближчого населеного пункту. Згодом провести ревізію наявних продуктів та розподілити їх на визначену кількість днів.

Деякий час людина може існувати за рахунок запасів, накопичених організмом, але не більше двох-трьох тижнів, оскільки позбавлений харчування організм відповідно перебудовується і починає витрачати свої тканинні запаси.

Аварійний запас продуктів може компенсувати тільки частину потреб організму. Але наявність навіть невеликої кількості їжі стає психологічним чинником виживання. У людини зникає страх перед голодною смертю.

Голод відчутний протягом перших трьох-чотирьох днів. Згодом почуття голоду поступово згладжується, покращується самопочуття та працездатність.

В умовах виживання необхідно максимально використовувати все, що дає нам природа. Хоча б часткове поповнення енергетичних сил організму є основою для відновлення працездатності та покращення самопочуття.

У багатьох випадках, коли група втрачає спорядження та продукти харчування, вона втрачає також і посуд для приготування їжі. Посуд (плаский або конічний) для кип'ятіння води та готування страви можна приготувати з березової кори. Вогонь повинен охоплювати тільки ту частину посуду, який дотичний до води, — за такої умови берест не прогорить.

Їжу можна приготувати і в земляній духовці. У піщаному ґрунті потрібно викопати ямку (40–45 см) і викласти на дно розпечене каміння. Для запобігання опікам каміння необхідно брати дерев'яними рогами. Каміння накривають листям і зверху кладуть м'ясо або птицю, накривають листям та засипають піском. Через півтори години страва буде готова.

У місцях, де є водойми або водотоки, людина в умовах автономного існування не повинна відчувати голоду. Якщо людина має аварійний запас або власну міні-укладку, зробити вудилище дуже просто. У будь-якому разі деяку подобу жилки можна зробити навіть з власного носовичка, шнурків тощо. Гачки можна виготовити з бляшанки від консервів, булавки, заціпки від значка.

У рибній ловлі слід пам'ятати дуже прості, але надто корисні правила:

- ловити рибу найкраще після сходу сонця або перед його заходом;
 - вдень це можна робити лише за хмарної погоди;
 - перед різкою зміною погоди риба не клює;
 - найкраще ловити рибу в місцях з прозорою водою і на ділянках водойми, де спостерігається скупчення комах (комарів, мошок, личинок комарів);
 - під час ловлі з берега найкраще замаскуватись у кущі або під деревом.
- При цьому бажано, щоб сонце було за спиною, а тінь падала на воду;
- найсприятливішими для риболовлі у вузьких річках є місця, де вони розширюються, а в широких — місця звуження; у глибоких водоймах — мілини, у мілких — ями; у стоячих водах — потоки, у будь-якій водоймі — затоки і затоки; на гірських річках найкращими для риболовлі є пороги і перекати.

Слід знати, що хижу рибу можна спіймати навіть без наживки, використовуючи шматочки фольги, блискучі або перламутрові гудзики.

В умовах походу після доброго улову частину риби можна закоптити. Для цього у березі ріки або у схилі яру риють яму завдовжки 1 м. Вихід з ями обкладають квадратами дерну, утворивши комин (завширшки 40 см та заввишки 40–50 см). Випотрошену та підсолену рибу нанизують на дріт або палички та підвішують у комині (рибини не повинні торкатись одна одної). Зверху комин накривають корою або вологою тканиною. При вході в нору розпа-

люють вогнище, яке повинно весь час тліти. За годину риба буде готова. Така риба зберігатиметься до п'яти днів. Таким же способом можна приготувати м'ясо, але на це потрібно витратити значно більше часу — до чотирьох годин.

Забезпечення водою становить важливу частину забезпечення життєдіяльності. Збір води не становить проблеми в лісистій і болотистій місцевості. У гірській місцевості воду потрібно шукати в тріщинах і печерах. У долинах з пухким ґрунтом воду потрібно шукати там, де росте соковита, яскрава трава. В Арктиці і високогірних районах воду можна отримати зі снігу або льоду. Для добування води треба використовувати старий лід, оскільки в ньому менше солей. Основним джерелом питної води в пустелях є система колодязів, виритих вручну в низинах, руслах висохлих річок, біля основи дюн і підніжжя скель.

Ознаками наявності колодязів можуть бути: попіл багать, послід тварин, а також залишки їжі, порожні консервні банки, порожні сигаретні пачки, недопалки.

Іноді джерела води в пустелі можна виявити за поведінкою птахів. Зазвичай птахи кружляють поблизу води або в місцях, де її легко добути. На близькість залягання підземних вод вказують рівні майданчики з рослинністю, облямовані піском, менша вузлуватість дерев, чагарників, а також зволожений пісок.

Для знезараження води застосовують таблетки пантоциду з розрахунку на флягу одна таблетка. Якщо вода каламутна, опускають дві таблетки. Вода придатна для пиття через 40–50 хв.

Приготування їжі в умовах автономного існування. Листя, стебла, пагони найкраще збирати з рослин до їх цвітіння — вони ніжніші, соковитіші, легше засвоюються. Найпоживніші молоді листки, пагони та верхів'я молодих гілок. Особливо ніжними є зелені пагони рослин, що ростуть у затінку дерев і кущів. Викопані корені, кореневища, цибулини слід одразу очистити від бруду, вимити, зрізати ділянки, уражені гниллю.

Приготувати їжу в екстремальних умовах дуже важко, особливо якщо немає посуду і плити. Проте хоча б раз на день людині необхідно вживати гарячу їжу. Як це зробити?

Насамперед корені та бульби рослин, дрібних тварин можна приготувати прямо на гарячому вугіллі вогнища, попередньо обмазавши їх глиною. Дрібних тварин так само можна підсмажити на розжареному вугіллі, незнімаючи шкурки чи пір'я. Після приготування шкурку просто обламають і тушку вичищають від нутрощів.

Дуже зручним способом є приготування їжі під вогнищем. Для цього викопують ямку завглибшки 30–40 см, вистеляють її зеленим листям або травою, кладуть м'ясо, коріння, накривають листям і засипають їх шаром піску завтовшки 1–2 см. Через 30–40 хв. після того, як над ямкою розвели вогнище, їжа готова до вживання.

Можна смажити м'ясо на розпеченому камінні, попередньо накривши його травою, листям, а потім засипавши каміння шаром землі або піску. До речі, при приготуванні в такий спосіб молюсків їх не слід накривати листям чи травою.

Легко зварити їжу, якщо, звичайно, є шматок фольги. Треба викопати неглибоку ямку, застелити її фольгою, залити водою і додати наявні продукти. Розпечене на вогнищі каміння слід занурювати в цей імпровізований казанок доти, поки вода не закипить. За 30–40 хв. такої процедури їжа буде готова.

Забезпечення водою в умовах автономного існування. Відшукати джерело води в умовах помірного клімату дуже просто. Інша річ — забезпечення водою в зонах з посушливим кліматом (стеги, пустелі). Проте іноді навіть у лісі знайти природні джерела води досить важко. У цьому разі слід натягти на гілку дерева з густим листям пластиковий пакет (якщо він є) і туго зав'язати. Волога, що випаровується листям, конденсуватиметься в пакеті і за добу в такий спосіб можна отримати до літра питної води.

Воду з джерел, струмків, гірських і лісових річок можна пити сирого. Але перед тим як напиться з водойм зі стоячою водою або навіть калюж, воду слід хоча б механічно очистити. Для цього можна зробити найпростіший фільтр з кількох шарів бинта і бляшанки, у денці якої пробити кілька отворів. Якщо водойма більш-менш великих розмірів — на відстані 40–50 см від краю води треба викопати неглибоку ямку, яка поступово наповниться чистою водою.

Для знезараження води крім кип'ятіння використовують спеціальні хімічні препарати, які повинні бути в аварійному запасі — це пантоцид, йодин, холазол та ін. Відомий ще метод, який запропонував наприкінці ХІХ ст. німецький ботанік Негелі. Для знезараження води достатньо на 2–3 год. покласти в неї срібний предмет. Бактерицидна дія срібла у 1750 разів перевищує дію карболової кислоти і у 3,5 раза перевищує дію сулеми. Вважається, що антимікробна дія срібла набагато перевищує дію багатьох антибіотиків; воно знищує навіть антибіотикостійкі штами мікроорганізмів. Оброблену сріблом воду можна зберігати тривалий час.

Запаси води, навіть в умовах пустелі, можна поповнювати за допомогою найпростішого сонячного дистилятора. Основними складовими такого дистилятора є пластикова плівка і бляшанка. У піску викопують яму діаметром близько 60–80 см і завглибшки 40 см. На дно ями ставлять бляшанку і накладають у яму гілки верблюжої колючки, інші свіжі рослини, які можна знайти поряд. Зверху яму накривають пластиковою плівкою так, щоб вона провисала. На середину плівки кладуть камінь або насипають пісок для того, щоб утворилася лійка з вершиною до бляшанки. За добу з допомогою такого дистилятора можна отримати до літра питної води.

За умови обмежених запасів води у спекотному кліматі важливо знизити потовиділення, під час якого людина втрачає значну кількість води і солей. Найпростішим способом запобігання цьому є облаштування сонцезахисних тентів, зниження рівня фізичної активності вдень тощо.

3.4. Правила поведінки і дій в умовах масового скупчення людей та в осередках інфекційних захворювань

Правила безпечної поведінки у місцях масового скупчення людей. На думку психологів, натовп є одним з найбільш небезпечних суспільних явищ, його небезпека полягає у спонтанності і силі впливу на кожного індивідуума окремо, він не враховує інтереси окремих людей, в тому числі збереження їхнього життя.

Велике скупчення народу знеособлює людину. Людина поводить себе, як усі, та протистояти впливу натовпу важко. Парадокс у тому, що нормальні законослухняні люди в натовпі можуть поводитись агресивно і руйнівно, абсолютно не контролюючи свої дії та вчинки. Адже натовп породжує в людині відчуття безкарності, а це загрожує тим, що далеко не найкращі, але при-

ховані його пороки вихлюпуються назовні, що викликає небезпеку для оточуючих.

Щоб уникнути можливих неприємностей, кожному необхідно знати основні правила поведінки у місцях великого скупчення людей.

Опинившись у місці проведення масового культурно-видовищного або спортивного заходу, не прагніть потрапити у найбільш щільне скупчення людей на обмеженому просторі. Пам'ятайте, ніяке видовище не компенсує можливі незручності, травми, стискування у натовпі тощо.

Якщо вам доведеться зіткнутися з тісною проходів у місці проведення масового видовища, порушенням правил пожежної безпеки та громадського порядку, правильна дія при цьому — залишити цей захід. Заздалегідь вивчіть шляхи можливої евакуації при відвідуванні місця передбачуваного скупчення людей.

Перебуваючи в рухомому натовпі при виході з концерту чи стадіону, необхідно дотримуватися загальної швидкості потоку руху, не штовхатися, не тиснути на тих, хто йде попереду. Поштовхи ззаду і збоку треба стримувати зігнутими в ліктях і притиснутими до тіла руками. Найбільш неспокійних сусідів попросіть дотримуватися спокою або пропустіть уперед.

Виникнення паніки чи загальної стихійної агресії, причиною яких може стати загальна істерія, спровокована масовим протестом, або страх, викликаний пожежею чи іншим лихом, або надмірно емоційний футбольний матч тощо, можуть перетворити велику кількість звичайних людей у натовп, який здатний змести і знищити все на своєму шляху. Будь-який масовий захід є джерелом підвищеної небезпеки. Про це, наприклад, останнім часом прямо на вхідних квитках попереджають організатори більшості рок-концертів.

Соціальні психологи виділяють кілька простих рекомендацій, як не стати жертвою натовпу:

- не йти проти натовпу;

- у разі потреби перетнути натовп (перетинати його по дотичній або по діагоналі, при цьому дотримуючись руху шашкової фігурки);

- у натовпі не дивитися в очі людям, але й не рухатися з опущеними очима (це рух жертви);

- погляд повинен бути спрямований трохи нижче обличчя з увімкненням так званого периферійного зору, що дозволить вам відслідковувати всю ситуацію в цілому, не фіксуючи погляд на окремих деталях.

Фахівці розрізняють два види поведінки у натовпі: на вулиці і в приміщенні. Багато в чому вони схожі, але існують нюанси.

У замкненому просторі (на концерті або іншому масовому заході) при виникненні небезпеки всі раптом починають одночасно шукати порятунку, тобто хочуть вибратися з цього приміщення. У переважній більшості випадків це відбувається хаотично. Особливо активними стають люди, що перебувають далеко від виходів. Вони починають щосили тиснути на тих, хто попереду, і в підсумку — більшість людей попереду стають притиснутими до стін. Виникає тиснява, в якій багато людей можуть виявитися (і виявляються) розчавленими.

Фахівці радять запам'ятовувати місця виходу і шляхи до них, тому що більше шансів врятуватися у тих, хто знає, де знаходиться найближчий вихід. Особливо важливо кинутися до нього перш, ніж натовп почне діяти. Проте, коли натовп набрав повну силу, спроба переміщення крізь його товщу може мати негативні наслідки. Фахівці вважають, що найрозумніше —

почекати, поки основний потік перейде. Переміщуватися у вузькі проходи допустимо лише у випадку пожежі, яка дуже швидко поширюється, або тоді, коли внаслідок поширеного згоряння пластикових матеріалів та покриттів у залі утворюється «душогубка».

Необхідно остерігатися стін і вузьких дверей. Для цього треба намагатися потрапити в «основну течію», що, втім, також небезпечно, та повернутися трохи назад, де все-таки вільніше.

Якщо чекати неможливо, то варто пересуватися у натовпі. При цьому заздалегідь необхідно максимально (ще краще — повністю) спустошити свої кишені, тому що практично будь-який предмет при величезному тиску середини натовпу здатний завдати серйозної травми не тільки його господарю, а й будь-кому з людей.

Необхідно зняти з себе довгий, надто вільний, до того ж оздоблений металевими деталями одяг, а також усе, що може стиснути шию: шнурівку куртки, краватку, коштовності тощо.

Вуличний натовп вважають не настільки небезпечним, як натовп у замкнутому просторі. Однак, психологи з цим не згодні, запевняючи, що вулична юрба частіше виступає в ролі носія агресивних настроїв і що за кількістю навмисних жертв перевершує натовп у замкнутому просторі.

У цілому, правила поведінки під час масових вуличних скупчень майже не відрізняються від тих, що були наведені вище, але все-таки мають свої особливості.

Не приєднуйтеся до натовпу, хоч як би хотілося подивитися на події, що відбуваються. Якщо ви опинилися в натовпі, дозвольте йому нести вас, але спробуйте вибратися з нього.

При наближенні натовпу необхідно перейти в бічні вулиці та провулки, використовуючи також прохідні двори. У деяких посібниках з виживання при неможливості перейти на сусідні вулиці також рекомендується використовувати як укриття під'їзди, через які можна піднятися на дахи будинків. Але під'їзди можуть бути зачинені (що найчастіше і трапляється). Тоді в тих же посібниках рекомендується розбивати вікна квартир, розташованих на перших поверхах, і через них проникати у під'їзди.

Опинившись у рухомому натовпі, необхідно триматися подалі від будь-яких стін і виступів. Особливо небезпечні в цих випадках усілякі металеві ґрати. Якщо тиснява набула загрозливого характеру, негайно звільніться від будь-якої носії, перш за все від сумки на довгому ремені, шарфа. Одяг повинен бути зручним, щільно облягати фігуру, бажано спортивного типу (це стосується і взуття, яке повинно бути міцно зашнурованим).

На вулиці слід триматися скраю натовпу і не прагнути просуватися в центр подій. Якщо в обмеженому просторі приміщення можуть бути корисними знання розташування найближчих аварійних виходів, то на відкритій місцевості таким же корисним виявляться знання топографії цього району. Ніяка отримана травма не повинна стати причиною зупинки. Якщо ви впали, намагайтеся якомога швидше звестися на ноги. При цьому не спирайтеся на руки (їх віддавлять або зламають). Уставати необхідно за ходом руху натовпу. Якщо встати не вдається, згорніться клубком, захистіть голову передпліччям, а долоньями прикрийте потилицю.

При сильній тисняві не хапайтеся за виступаючі предмети, намагайтеся їх обійти, тримайтеся далі від скляних вітрин, сітчастих огорож, турнікетів,

сцени. Парасольку, сумку притисніть щільно до тіла, довгий шарф краще перемістити з шиї на поперек, перетворивши це джерело небезпеки удуснення на засіб захисту.

Рухаючись у натовпі, ніколи ні за чим не нахиляйтеся, не піднімайте речі, гроші, які випали, не намагайтеся зав'язати розв'язаний шнурок. Головне завдання — за будь-яку ціну встояти на ногах, падіння всередині рухомого натовпу небезпечно для життя.

Якщо у натовпі виявилися ще люди, які не «втратили голову» і здатні захистити дітей і жінок, то цілком можливо організувати спільні дії і рано чи пізно вибратися з щільного натовпу. Для цього вишикуйтеся клином, усередину якого помістіть дітей та жінок, відтак просувайтеся вперед, розсовуючи у бік дрейфуючих оточуючих.

Для того щоб велика кількість звичайних людей перетворилася на натовп з усіма негативними наслідками, потрібно, щоб виникла паніка чи загальна стихійна агресія. Втім, ці дві обставини часто тісно взаємопов'язані.

При цьому тисячі, сотні чи навіть десятки людей (справа тут не в кількості) раптово втрачають індивідуальність і перетворюються на одного багатоголового звіра, який здатний змести і знищити все на своєму шляху.

Для того щоб людська маса стала «вибухонебезпечною», потрібен своєрідний психологічний детонатор, яким може стати загальна істерія, спровокована масовим протестом чи, навпаки, демонстрацією віропідданных почуттів, і страх, викликаний пожежею чи іншим лихом (непрофесійно проведений рок-концерт або надмірно емоційний футбольний матч). Причини, які здатні перетворити скупчення людей у натовп, на жаль, можна продовжувати.

Запам'ятайте: натовп не сприймає «відступників» і здатен розправитися з будь-яким незгодним із загальним психозом (за сам лише факт продемонстрованої незгоди) найжорстокішим чином. Це не так-то просто — взяти і зберегти свою індивідуальність, коли людське море несе тебе в нікуди. Проте вибору немає: якщо ти не збережеш своєї індивідуальності, то можеш втратити не тільки людський вигляд, а й саме життя. Адже натовп нещадний не тільки щодо незгодних, а й до своїх рядових членів.

У поведінці натовпу проявляються як ідеологія впливу, за допомогою якої готуються певні дії, так і зміни в психічному стані, що відбуваються під впливом яких-небудь конкретних подій або інформації про них. У діях натовпу відбувається стикування та практична реалізація впливів ідеологічних і соціально-психологічних, їх взаємопроникнення в реальну поведінку людей. Спільні почуття, воля, настрої виявляються емоційно й ідеологічно забарвленими й багаторазово посиленними. Стан масової істерії слугує тлом, на якому нерідко розгортаються найтрагічніші дії.

Як уже говорилося, одним з видів поведінки натовпу є паніка. Паніка — це емоційний стан, що виникає як наслідок або дефіциту інформації про те, що лякає, або незрозумілої ситуації, або її надмірного надлишку, і виявляється в імпульсивних діях. Фактори, здатні викликати паніку, різноманітні. Їхня природа може бути фізіологічною, психологічною та соціально-психологічною. Відомі випадки виникнення паніки в повсякденному житті як наслідок катастроф і стихійних лих. При паніці людьми рухає несвідомий страх. Вони втрачають контроль над собою, метушаться, не бачать виходу з ситуації.

Фактори, що особливо сильно впливають на поведінку натовпу:

ілюзія — різновид помилкового пізнання, що закріпилося в суспільній думці. Вона може бути підсумком обману почуття. У цьому ж контексті мова йде про ілюзії, що належать до сприйняття соціальної дійсності. Соціальна ілюзія — своєрідна ерзац-подібність реальності, що створюється в уяві людини замість справжнього пізнання, яке вона чомусь не сприймає. У кінцевому підсумку, основа ілюзії — незнання, яке може дати найнесподіваніші і найнебажаніші ефекти, коли проявляються в натовпі;

забобони — хибні знання, які перетворилися на переконання, точніше, на упередження. Забобони активні, агресивні, напористі, відчайдушно чинять опір справжньому знанню. Цей опір до такої міри сильний, що натовп не приймає ніяких аргументів, що суперечать забобону. Психологічна природа забобонів полягає в тому, що мозок людини запам'ятовує не просто думку (знання), він зберігає і супроводжує ці знання почуттями, емоцією, ставленням. Внаслідок цього пам'ять дуже вибіркова. Факти та події, що суперечать певній думці, не завжди аналізуються на рівні свідомості. І, звичайно ж, вони відкидаються під впливом емоцій, які, зазвичай, переповнюють, захлюстують натовп. У випадках, коли поширені стереотипи громадської думки перенасичуються емоціями, можливе виникнення масового психозу, під час якого люди здатні на безрозсудні вчинки, перестають відповідати за всі наслідки своїх дій. Фактори, що визначають характер думок і вірувань натовпу, бувають двоякого роду: фактори безпосередні та фактори віддалені.

Фактори, здатні вражати і сам натовп, завжди звертаються до його почуттів, а не до розуму.

Дуже часто натовп стає небезпечніший за стихійне лихо чи аварії, які його утворили. Однак, він не шукає альтернативних рішень і не бачить наслідків свого рішення, іноді головних, як у типовому для пожеж випадку — стрибку з приречено великої висоти. Зупинити натовп можуть категоричні команди, гаряче переконання у відсутності небезпеки та навіть погроза розстрілу панікерів, а також сильне емоційне гальмо або чудо. Саме до чудес варто віднести випадки, коли сильна вольова людина, котрій довіряють присутні, спромоглася запобігти драматичному розвитку подій.

Основна психологічна картина натовпу виглядає так:

зниження інтелектуального початку й підвищення емоційного;

різке зростання агресивності і зниження здатності до індивідуального мислення;

натовпу потрібен лідер або об'єкт ненависті, якому він з насолодою буде підкорятися або громити, натовп здатний як на страшну жорстокість, так і на самопожертву, в тому числі щодо самого лідера;

натовп швидко видихається, домігшись чогось, розділені на групи люди швидко приходять до тями і змінюють свою поведінку та оцінку того, що відбувається;

у житті вуличного (особливо політико-соціального) натовпу дуже важливі такі елементи, як перший камінь у вітрину і перша кров.

Ці елементи можуть вивести натовп на принципово інший рівень небезпеки, де колективна безвідповідальність перетворює кожного члена натовпу на злочинця. Від такого натовпу потрібно негайно тікати. Це універсальне правило, яке, до речі, цілком стосується і початку самої ситуації «натовп».

Якщо паніка почалася через терористичний акт, не поспішайте своїми діями збільшувати безладдя: не позбавляйте себе можливості оцінити обста-

новку і прийняти правильне рішення. Для цього використовуйте прийоми аутотренінгу та експрес-релаксації. Ось прості прийоми, з яких треба вибрати найбільш близькі для себе. Рівне дихання допомагає врівноважити поведінку. Зробіть кілька вдихів і видихів. Подивіться на щось блакитне або уявіть собі насичене блакитне тло. Задумайтеся про це ненадовго, щоб збити емоційний сумбур, який, можливо, починається. Можна звернутися до самого себе на ім'я (краще вголос), наприклад: «Миколо, спокійно! Все буде гаразд!»

Уявіть себе телевізійною камерою, яка дивиться на всіх трохи збоку та з висоти. Змініть почуття масштабу. Погляньте на вічні хмари. Усміхніться через силу, збийте страх несподіваною думкою.

Якщо натовп щільний, але нерухомий, з нього можна спробувати вибратися, використовуючи психосоціальні прийоми. Наприклад, прикинутися хворим, п'яним, божевільним, зробити вигляд, що вас нудить, тощо. Вкрай необхідно змусити себе зберігати спокій, самовладання, бути інформованим та імпровізувати.

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що, як показує статистика, найбільша кількість жертв при виникненні заворушень та терористичних актів спостерігається у місцях масового скупчення людей. Люди, перебуваючи у натовпі, при виникненні екстремальної ситуації, наражають на небезпеку своє здоров'я, а нерідко й життя.

Як же, опинившись в активному й агресивному середовищі, вийти з місця масового скупчення людей без ушкоджень? Досвідчені фахівці рекомендують дотримуватися основних правил безпечної поведінки у натовпі.

Головне правило — уникайте місця масового скупчення людей. Не приєднуйтеся до натовпу, якщо б не була зацікавленість подією, що відбувається. Якщо ж усе таки це трапилося, намагайтесь зберігати спокій і здатність реально оцінювати ситуацію.

Під час масових заворушень намагайтесь обійти натовп, щоб не потрапити під дію співробітників спецпідрозділів. Приходити на заходи треба не одномо. Близькі люди завжди в першу чергу прийдуть на допомогу.

Потрібно ретельно продумати одяг, в якому ви йдете на захід. Не бажано надягати просторі сукні, балахони та одяг, який має шнурівки або мотузочки. Не надягайте краваток, шарфів, ланцюжків, намиста і всього іншого, що може перебувати на шиї. Одяг має облягати тіло — застібніться на всі ґудзики або «блискавки», перевірте, чи зашнуровані черевики, жінкам бажано не одягати взуття на підборах.

Рівень активності натовпу і наслідки його дій безпосередньо залежать від кількості випитого алкоголю. До того ж, пронесена скляна пляшка стає небезпечною зброєю в руках хулігана. Людина в алкогольному сп'янінні не може стримувати своєї агресії, ще більше дратуючи людей навколо себе, а в разі загрози життю йому самому, не зможе адекватно захиститися.

Опинившись у місці масового скупчення людей, прорахуйте заздалегідь ходи відступу й будьте якомога ближче до них. Найнебезпечнішими місцями, яких треба уникати під час загальної втечі, є вузькі проходи, простір поруч зі сценою, роздягальнями, скляними вітринами.

Якщо ви відчуваєте, що обстановка у місці скупчення загострюється, а тікати нікуди, проявіть акторську майстерність: зімітуйте серцевий напад чи блювотні позиви. Люди самі розступляться і навколо утвориться коридор, через який ви зможете покинути небезпечне місце. Краща поведінка

у небезпеці — це заспокоїтися і прийняти тверезе рішення. Часом вистачає десятих секунд, щоб роззирнутися, знайти безпечний шлях і врятуватися.

Якщо натовп почав рухатись, намагайтеся пересуватися разом з усіма, за течією, тільки не проти або поперек основної маси. Намагайтеся, щоб вас не відтіснили до центру, де тиснуть з усіх боків і вибратися звідки буде дуже важко. Також треба бути не на самому краю, де вам загрожує бути притиснутим до стіни або паркану. Не хапайтеся за поручні, перила, різні предмети, у вас не вистачить сили за них утриматися, а руки можуть дуже постраждати.

Пересуватися в рухомому натовпі треба дрібними кроками, це допоможе зберегти рівновагу, дотримуйтеся загальної швидкості руху натовпу, не штовхайтесь, не тисніть людей, які йдуть попереду, а руки варто зімкнути в замок перед грудьми — так ви зможете захистити грудну клітку.

Якщо з вами дитина, посадіть її на плечі та просувайтесь далі, а якщо вас двоє, поверніться обличчям один до одного, створивши з своїх тіл і рук захисну капсулу для дитини, і просувайтесь далі.

Якщо події у місці масового скупчення людей уже прийняли агресивний характер, то забудьте про втрачені речі. Потягнувшись за втраченим предметом, ви ризикуєте впасти й бути затоптаним або покаліченим. Люди, котрі тікають, навіть не помітять вас.

Якщо ви опинилися щільно затиснутим у натовпі, то пам'ятайте, ви вже не впадете, а от небезпека бути розчавленим масою тіл цілком реальна. Найбільш уразливі місця при цьому — ребра, живіт, груди. Щоб вас не стиснули з боків, зігніть руки в ліктях і притисніть до боків, напружте всі м'язи. І так пересувайтесь в натовпі, поки обстановка не покращиться і можна буде рухатися до виходу.

Якщо ви впали, спробуйте різким стрибком піднятися на ноги, у цій ситуації ви не повинні нехтувати ніякими засобами — чіпляйтеся за людей, одяг. Якщо це не вийшло і натовп продовжує топтати вас лежачого, то потрібно прибрати пози ембріона — згорнутися калачиком, підборіддя притиснути до грудей, а коліна до голови, руками прикрити голову. Залишилося перечекати людський потік і йти до медпункту.

Якщо масове скупчення людей намагаються розігнати міліція або війська, не біжіть до них назустріч, намагаючись знайти допомогу чи пояснити вашу невинуватість. У цей момент ніхто не буде в тому розбиратися, а от удар кийком ви отримаєте гарантовано.

Якщо ви змогли вибратися у безпечне місце, огляньте територію навколо себе, оцініть ситуацію та залишайтеся там для отримання медичної допомоги (за потреби).

Правила поведінки і дії населення в осередку інфекційного забруднення

Відомо здавна, що епідемії, масові захворювання людей інфекційними хворобами приносили людству багато страждань. У світі щороку помирає понад 50 млн. осіб, з них 16 млн. — від інфекційних і паразитичних захворювань, а щороку на планеті на інфекційні хвороби хворіє 2 млн. осіб. У минулому сотні тисяч людей загинули при масовому поширенні таких хвороб, як чума, віспа, холера, висипний тиф, грип і деякі інші. Від чуми, що охопила всю Європу в XIV столітті, загинули 25 млн. осіб (четверта частина населення материка).

Дуже важливою є профілактика інфекційних захворювань, яка проводиться за трьома напрямками: перший — виявлення та ізоляція джерела інфекції; другий — виключення механізмів передачі інфекції; третій — підвищення стійкості організму дитини до інфекційних захворювань.

Інфекційні захворювання — розлади здоров'я людей, що виникають внаслідок зараження живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими грибами, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними паразитами), передаються від заражених осіб здоровим і здатні до масового поширення. Характерними інфекційними захворюваннями є: чума, туляремія, бруцельоз, сибірська виразка, холера, ботулізм, натуральна віспа, сип, СНІД, птишиний грип тощо.

Збудник інфекційного захворювання — патогенний мікроорганізм, що має еволюційне пристосування до паразитування в організмі людини або тварини і потенційно здатний викликати захворювання інфекційною хворобою.

Джерело збудника інфекційної хвороби — організм зараженої людини або тварини, в якому іде природний процес зберігання, розмноження і виділення у зовнішнє середовище збудника інфекційної хвороби.

Епідемічний осередок — місце перебування джерела збудника з навколишньою територією у тих межах, у яких заразний чинник може передатись оточуючим.

У конкретній епідемічній ситуації можна говорити про «сімейні осередки», «вуличні осередки», осередки у дитячих і медичних закладах тощо. Нові зараження можуть виникати через різні проміжки часу, які, однак, не перевищують тривалості збереження збудника поза його джерелом. Отже, осередок існує в просторі й часі. Його вважають ліквідованим лише тоді, коли у його межах повністю припиняється циркуляція збудника.

Інтенсивність епідемічного процесу буває різною. Розрізняють три її ступеня: спорадичну захворюваність, епідемію і пандемію.

Спорадична захворюваність — звичайний (мінімальний) рівень захворюваності, властивий конкретній інфекційній хворобі у певній місцевості або країні. Для багатьох інфекційних хвороб вона ототожнюється з поодинокими випадками захворювання.

Епідемія характеризується значним підвищенням рівня захворюваності порівняно зі спорадичною (у 3–10 та більше разів).

Пандемія — масове поширення інфекційної хвороби, яка значно перевищує інтенсивність епідемій, що спостерігались при конкретній хворобі в історичних умовах, які склались на певній території.

Наприклад, у благополучні роки захворюваність на грип становить щоденно 1 випадок на 1 тис. жителів. Такий стан свідчить про епідемічне благополуччя й оцінюється як спорадична захворюваність. Під час епідемії грипу кількість хворих зростає у 5–10 разів, тобто грип уражає близько 1 % населення. Зрідка спалахує дуже жорстока епідемія грипу, яка охоплює 25 % населення й більше, що свідчить про наявність пандемії.

Крім епідемічних захворювань розрізняють ендемічні інфекції (від грец. *en* — у, всередині, *demos* — народ).

Ендемічними називають такі хвороби, які постійно трапляються у певній місцевості і не мають тенденції до поширення за її межі. Це деякі інфекційні хвороби, які «прив'язані» до конкретної території завдяки тому, що саме

на ній постійно проживають носії збудника — дикі тварини (частіше гризуни) та їх паразити — кровососні комахи. Перші виступають у ролі джерела збудника, другі — її переносника. Вони у процесі еволюції живого світу сформували стійкі природні осередки деяких інфекційних хвороб. Людина може заразитись, перебуваючи на території вказаного осередку інфекції. Типовою ілюстрацією зазначеного може бути кліщовий енцефаліт. Цю небезпечну хворобу спричиняють віруси, якими заражені кліщі, що паразитують на тілі теплокровних тварин. Кліщі переносять вірус від хворої тварини до здорової, а також передають своєму потомству трансovarіально. Тому природні осередки кліщового енцефаліту дуже стійкі. Перебуваючи на території такого природного осередку, людина може наразитись на напад кліща — носія вірусу кліщового енцефаліту, і заразитись.

Інша хвороба — малярія — ендемічна лише для тих регіонів, де живуть малярійні комарі, лептоспіроз — для територій, де є гризуни і створюються сприятливі умови для зберігання збудників у довкіллі (нааявність водойм, лужних ґрунтів тощо).

Стосовно тваринного світу терміни «епідемія», «пандемія», «ендемія» мають свої еквіваленти: «епізоотія», «панзоотія» та «ензоотія».

Деякі інфекційні хвороби не реєструються серед населення певної країни або місцевості, але можуть завозитись з інших регіонів (наприклад, випадки завезення в Україну трипаносомозу або шкірного лейшманіозу з країн Африки чи Близького Сходу). Такі хвороби називаються екзотичними, або завізними. Ймовірність їх появи дуже зросла в останні десятиліття у зв'язку з міграцією людей, розширенням економічних, культурних і політичних зв'язків між різними країнами.

У природі, незалежно від людини, одвічно існують території, заселені тваринами, серед яких циркулюють патогенні мікроорганізми (або інші паразити). Передача збудників у тваринному світі здійснюється за допомогою різноманітних механізмів, однак провідне значення, як встановив Є. Н. Павловський, має трансмісивний. Зокрема, найбільше значення у перенесенні збудників мають комарі (японський енцефаліт), москіти (лейшманіози), блохи (чума), іксодові кліщі (кліщовий енцефаліт, кримська геморагічна гарячка, туляремія), аргасові кліщі (кліщовий поворотний тиф). Хребетні тварини мають біологічні зв'язки з кровососними комахами, які, у свою чергу, здатні передавати збудників іншим хижим чи травоядним тваринам. У такий спосіб необмежено довго здійснюється циркуляція збудників у природних осередках.

За своєю структурою природні осередки інфекції неоднорідні: на якихось ділянках інфекція зберігається відносно стійко (ядра осередку), на інших існує тимчасово і зникає (ділянки винесення інфекції) або ж, через непридатність територій для мешкання членистоногих чи їх теплокровних хазяїнів, не з'являється ніколи (ділянки, вільні від інфекції).

Люди, з'являючись на території природного осередку інфекційної хвороби, наражаються на небезпеку зараження (наприклад, при укусах комах-переносників) і в разі сприйнятливості можуть занедужати. Однак людина є швидше випадковою ланкою у циркуляції збудника в природі, так званім «епідемічним тупиком». Природно-осередкова інфекція ж існувала до людини, може існувати й після того, як вона покине ензоотичну територію.

Проте людська діяльність безпосередньо відображається на природному осередку. Так, створення водосховищ, меліорація ґрунтів, освоєння цілих земель, внесення мінеральних добрив, вирубка лісів, будівництво міст можуть створити умови, несприятливі для виживання тварин, що є джерелами чи переносниками збудника. Тому й природний осередок може зникнути. Буває й навпаки — війни, стихійні лиха, завезення на нові території заражених тварин призводять до руйнації комунального господарства, збільшення території природного осередку і виникнення нових (антропоургічних) осередків. Так, внаслідок господарської діяльності людини, збудники бруцельозу, сибірки майже повністю перейшли до паразитування на свійських тваринах. Природна осередковість, як така у цих випадках, майже не має епідеміологічного значення.

При більшості природно-осередкових хвороб епідемічний процес здійснюється за типом ендемії, проте можливі й спалахи (епідемії) захворювань. У зв'язку з активною міграцією людей нерідкі й випадки екзотичної (завізної) захворюваності серед осіб, що повернулися з території природного осередку.

Епідеміологічна діагностика — це дослідження епідемічної ситуації із застосуванням усіх методик сучасної епідеміології й епідеміологічного мислення. Таким чином, це спосіб одержання об'єктивних уявлень про епідемічну ситуацію. У практиці застосовують два способи її оцінки. Один з них полягає в кількісній оцінці рівня захворюваності, коли епідеміолог порівнює наявний рівень з показником у попередньому періоді, або кількістю захворювань за аналогічний період у минулому, констатуючи таким чином стабілізацію чи зниження захворюваності. Але це ще не можна назвати епідеміологічною діагностикою. Ретельні діагностичні дослідження в епідеміології спрямовані на виявлення причинно-наслідкового зв'язку.

Профілактичні заходи — це науково обґрунтовані рекомендації, скеровані на запобігання виникненню епідемічного ускладнення. Вони проводяться у міжепідемічний період, який характеризується станом епідемічного благополуччя, і мають на меті не допустити формування епідемічного варіанту збудника.

Протиепідемічні заходи — це науково обґрунтований комплекс організаційних, медико-санітарних, ветеринарних, інженерно-технічних, адміністративних та інших заходів, що здійснюються з метою запобігання поширенню інфекційних хвороб, локалізації та ліквідації їх осередків, спалахів та епідемій. Ці заходи проводяться у періоди виникнення епідемічних ускладнень при зміні благополучної епідемічної ситуації до нестійкої чи неблагополучної, що трапляється у періоди формування епідемічного варіанту збудника, його поширення й переходу до резерваційного варіанту циркулюючих штамів патогенів. В основу планування і проведення профілактичних і протиепідемічних заходів покладено принципи комплексності та впливу на провідну ланку епідемічного процесу.

З урахуванням вищезазначеного, принцип комплексності передбачає вплив на всі три ланки епідемічного процесу. Так, профілактичні заходи боротьби з інфекційними захворюваннями доцільно розділити на три основні групи:

заходи щодо джерела збудника, які спрямовані на блокування, знезараження або усунення його;

заходи щодо механізму передачі з метою переривання або руйнування шляхів передачі;

заходи задля підвищення несприйнятливості населення.

Протиепідемічні заходи передбачають також вплив на три ланки епідемічного процесу, але у суворішому режимі та більших обсягах роботи з додатковим напрямком відносно групи осіб, які підпали під ризик інфікування (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Додаткові варіанти угруповань протиепідемічних заходів

Група заходів	Заходи
Ті, що потребують протиепідемічних засобів (препаратів)	Лікування, дератизація, дезінфекція, дезінсекція. Імунокорекція, імунопрофілактика та екстрена профілактика.
Ті, що не потребують протиепідемічних засобів (препаратів)	Ізоляція, режимно-обмежувальні, санітарно-ветеринарні та санітарно-гігієнічні заходи.
Диспозиційні	Запобігання захворюванням у разі зараження: імунокорекція, імунопрофілактика, екстрена профілактика.
Експозиційні	Запобігання зараженням людей: ізоляція й лікування, режимно-обмежувальні, санітарно-ветеринарні, санітарно-гігієнічні, дератизація, дезінфекція, дезінсекція.
Профілактичні	Запобігання формуванню епідемічного варіанту збудника.
В епідемічних осередках	Запобігання поширенню епідемічного варіанту збудника.

Перша група заходів передбачає своєчасне виявлення інфекційних хворих і носіїв серед людей, їх блокування (ізоляцію), яке здійснюється:

- при санітарній охороні морських, повітряних і сухопутних кордонів держави;
- при епідеміологічному спостереженні;
- при проведенні санітарно-епідеміологічної розвідки;
- при періодичному обстеженні на носійство осіб окремих професій і перехворілих;
- при їх санації та лікуванні.

При визначенні комплексу необхідних профілактичних і протиепідемічних заходів важливо правильно оцінити епідемічну небезпеку хворого. До заходів, що спрямовані на зменшення епідемічної небезпеки хворого, як джерела збудника, належать: його раннє виявлення, своєчасна діагностика хвороби, ізоляція, лікування, лабораторний контроль під час терапії і при виписуванні зі стаціонару, диспансерний нагляд (табл. 3.2).

Виявлення інфекційного хворого буває активним і пасивним.

Активне виявлення такої особи відбувається при здійсненні профілактичних оглядів певних груп населення, в осередках інфекційних хвороб, при подвірних обходах на території населених пунктів.

Пасивне виявлення хворого відбувається в поліклініці або вдома — коли пацієнт сам звертається по медичну допомогу. При такому виявленні у зв'язку з його пізнім звертанням по медичну допомогу ізоляція та госпіталізація хворого іноді бувають несвоєчасними.

Другим важливим напрямком у цій групі заходів є епізоотологічні спостереження, санітарно-ветеринарні заходи щодо свійських тварин, як ймовірних джерел збудників зооантропонозних інфекцій, проведення профілактичної дератизації.

Таблиця 3.2

Протиепідемічні заходи щодо інфекційного хворого та носія

Захід	Джерело збудника	
	хворий	носі́й
Виявлення	активне чи пасивне	активне (обстеження планові та за епідемічними показаннями)
Рання діагностика	клінічна, епідеміологічна, лабораторна	епідеміологічна, лабораторна
Ізоляція	а) госпіталізація до інфекційного стаціонару (обов'язкова, за клінічними, за епідемічними показаннями); б) ізоляція в домашніх умовах	а) госпіталізація за епідемічними показаннями; б) ізоляція в домашніх умовах
Лікування	етіотропне	санація
Лабораторний контроль після лікування	при виписуванні зі стаціонару або після закінчення лікування в домашніх умовах	після санації
Лабораторний контроль для допуску до роботи	декретованих контингентів	декретованих контингентів
Диспансерний нагляд після виписування зі стаціонару (у КЗі)	згідно з нормативними документами	протягом періоду носійства
Заключний лабораторний контроль	при знятті з диспансерного обліку	при знятті з диспансерного обліку
Переведення на іншу роботу	—	на роботу, яка не пов'язана з епідемічною небезпекою (стосується хронічних носіїв декретованих груп)

Профілактичні заходи мають за мету охорону господарств від заносу інфекції шляхом обстеження, карантинізації тварин, що завозяться чи вивозяться з нього; недопущення контакту з тваринами і користування пасовищами й водоймами неблагополучних господарств; ізоляція та обстеження абортів тварин; заключна дезінфекція місця абортів, приміщення; лабораторне обстеження всієї групи тварин.

Протиепідемічні заходи. Ця група заходів проводиться при зміні епідемічного стану з благополучного до нестійкого — при загрозі або появі епідемічних ускладнень у вигляді поодиноких чи групових інфекційних захворювань. Комплекс заходів спрямовується на локалізацію та ліквідацію епідемічних осередків.

При загрозі поширення інфекції під керівництвом територіальних комісій з надзвичайних ситуацій і техногенної безпеки (КНСТБ) проводиться:

корекція та узгодження комплексних планів;

підготовка служб КНСТБ,

підготовка і розгортання установ КНСТБ, імунізація населення за епідемічними показаннями;

посилення загальносанітарних і протиепідемічних заходів; провізора госпіталізація та обстеження осіб, які підпали під ризик інфікування.

Перша група протиепідемічних заходів скерована на осіб, які достеменно є джерелами збудників; *друга* — на групи людей, які підлягли ймовірному ризику інфікування внаслідок спілкування з джерелом збудників інфекції; *третьа* — на блокування механізмів передачі, *четверта* — на захист сприйнятливої населення.

Рання діагностика інфекційних хвороб дозволяє своєчасно почати проведення протиепідемічних заходів, зокрема такого важливого з них, як ізоляції джерела збудників інфекції. Ізоляція може відбуватися у стаціонарі або вдома.

При деяких інфекційних хворобах (черевний і висипний тиф, хвороба Бриля, дифтерія, чума, холера, сибірка, сказ, правець тощо) госпіталізація обов'язкова. При інших інфекційних захворюваннях госпіталізація відбувається за клінічними чи епідемічними показаннями.

Госпіталізація за клінічними показаннями проводиться з урахуванням тяжкості хвороби (тяжкий чи середній ступінь тяжкості), ускладнень, віку пацієнта.

Госпіталізація за епідемічними показаннями здійснюється тоді, коли вдома немає належних умов для ізоляції хворого (квартира без комунальних зручностей, гуртожиток, школа-інтернат, закритий дитячий дошкільний заклад тощо); коли хворий належить до декретованої групи населення.

Вдома дозволяють ізолювати осіб з відносно легким ступенем перебігу хвороби (кір, краснуха, грип, кашлюк, вітряна віспа, епідемічний паротит, шигельоз, вірусний гепатит); при задовільних комунальних умовах; наявності людей, які можуть доглядати за хворим; відсутності дітей, що не хворіли на цю хворобу; та при достатньо високому рівні санітарної культури населення.

Транспортування хворих до стаціонару здійснюється машинами швидкої медичної допомоги, у сільській місцевості — транспортом лікарень. У нічний час перевезення хворих проводиться машинами «швидкої допомоги», які спеціально для цього виділені. Після транспортування в машинах проводять заключну дезінфекцію.

При госпіталізації до інфекційної лікарні, хворий у приймальному відділенні проходить санітарну обробку. Після цього вирішують питання щодо його ізоляції в стаціонарі.

Розрізняють такі форми ізоляції хворого в інфекційному стаціонарі:

1. Загальні палати.

2. Боксові палати:

а) відкрита бокс-палата, що розділена перегородками, які не досягають стелі;

б) закритий бокс (палата, що розділена суцільними перегородками).

3. Шлюзовані палати — окремі палати з передбоксником (шлюзом) та санвузлом, які мають вихід у загальний коридор.

4. Бокси системи Мельцера з ізолюванням зовнішнім входом (він же і вихід), тамбуром, санпропускником і санвузлом.

Всі наведені вище форми ізоляції особливо потрібні в дитячих лікарнях чи відділеннях, де, у зв'язку з концентрацією хворих на інфекції дихальних шляхів, є висока ймовірність внутрішньо лікарняного поширення збудників.

У Мельцеровські бокси госпіталізують хворих на карантинні інфекції та при підозрі на них (чума, холера тощо); хворих на інфекції, що трапляють-

ся рідко чи при підозрі на них (поліомієліт, дифтерія тощо); хворих з підозрою на інфекції дихальних шляхів або з нез'ясованим епідеміологічним анамнезом; хворих зі змішаною інфекцією, коли одна з них чи обидві передаються повітряно-краплинним шляхом; осіб, які спілкувалися з джерелом збудників, що спричиняють інфекції дихальних шляхів.

Шлюзовані палати передбачають менш сувору ізоляцію, ніж Мельцеровські бокси. До них скеровують хворих з інфекційними хворобами, що виникають рідко, з тяжким ступенем; осіб з нез'ясованим діагнозом, якщо немає підозри на краплинні інфекції.

У боксові палати та палати з закритими боксами госпіталізують хворих на одноклітинні інфекції дихальних шляхів, у відкриті бокси — хворих з мало контагіозними інфекціями, у загальні палати — пацієнтів з іншими хворобами.

Лікування інфекційних хворих проводиться не тільки з метою відновлення здоров'я людини (терапевтична мета), але й задля звільнення організму від патогенних мікроорганізмів (протиепідемічна мета).

Трупи людей, померлих від інфекційних хвороб, підлягають похованню на загальних підставах. Трупи померлих від особливо небезпечних інфекцій (чума, холера, сибірка тощо), якщо діагноз підтверджений лабораторними методами чи не викликає сумнівів, розтину не підлягають. Правила їх поховання встановлюються нормативними документами МОЗ України.

Одужання хворого, тобто стан, коли він вже не є джерелом збудника, підтверджується результатами лабораторного дослідження, яке проводиться з метою перевірки звільнення організму від інфекційного агента. Особливу увагу приділяють перехворілим особам, які належать до декретованих груп населення (працівникам дитячих дошкільних закладів, медичних закладів, харчових підприємств, водогонів тощо). Цим особам обов'язково проводять бактеріологічний контроль перед допуском до роботи.

Протиепідемічні заходи щодо носіїв включають: виявлення носіїв, їх ізоляцію (в окремих випадках) і санацію, усунення від роботи чи іншої діяльності, де вони становлять епідемічну небезпеку, лабораторне обстеження, диспансерний нагляд.

Виявляють носіїв при плановому обстеженні чи обстеженні певних контингентів населення за епідемічними показаннями.

Планово на носійство обстежують осіб, які перехворіли на кишкові інфекції, дифтерію, менінгококову інфекцію. Перехворілих на кишкові інфекції, обстежують лабораторно перед виписуванням з лікарні та протягом періоду диспансерного спостереження, кратність обстежень регламентується відповідними наказами МОЗ України.

Працівників харчової промисловості та тих, хто до них прирівнюється, обстежують при прийомі на роботу. За епідемічними показаннями обстежують населення (здорових людей, які спілкувалися з хворими) в осередках кишкових інфекцій, бактерійних інфекцій дихальних шляхів.

Виявлених носіїв санують у стаціонарі чи в домашніх умовах. Після санації їм проводять лабораторне обстеження для підтвердження припинення виділення збудників. Якщо після курсу санації у декретованих осіб збудники продовжують виділятися, їх усувають від роботи, що пов'язана з харчовими продуктами, водою або обслуговуванням дітей у дитячих дошкільних закладах, і переводять на іншу роботу.

У разі виникнення хронічного носійства після двох курсів санації допуск носіїв в організовані колективи здійснюється комісією у складі начальника медичної частини (завідувача відділення), педіатра, епідеміолога. Під час санації носії перебувають під диспансерним спостереженням згідно з інструкціями щодо певних інфекційних хвороб. У кінці санації цим особам проводять заключне лабораторне обстеження для перевірки результатів санації з метою зняття з диспансерного обліку.

Проведення санітарно-ветеринарних заходів передбачає винищення хворих тварин, які втратили господарську цінність; ізоляцію тварин, які зберегли господарську цінність, знешкодження їх продуктів; винищувальну дератизацію.

Заходи щодо механізму передачі з метою переривання або руйнування його є важливою складовою комплексу загальносанітарних заходів. Пріоритетними напрямками є проведення профілактичної дезінсекції, дезінфекції, стерилізації. Крім того, проводиться робота з підвищення благоустрою населених пунктів; організація санітарно-гігієнічного контролю за водно-каналізаційною мережею, виготовленням, транспортуванням і реалізацією харчових продуктів, асенізаційною службою, лазне-пральним обслуговуванням та особистою гігієною.

Протиепідемічні заходи, які проводяться при ускладненні епідемічної ситуації, вимагають комплексності роботи лікувально-профілактичних установ та закладів санепідемслужби. Велике значення має робота в осередках інфекційних хвороб. Алгоритм роботи має включати весь комплекс заходів щодо блокування джерел збудника, розриву механізму передачі, захисту сприйнятливої популяції та вкрай важливо — проведення заходів щодо осіб, які спілкувалися з хворими. Заходи, скеровані на активне виявлення хворих і носіїв серед осіб, які спілкувалися з захворілим, проводяться шляхом опитування, дворазової щоденної термометрії, огляду шкіри і слизових оболонок, пальпації печінки, лабораторних досліджень, інструментальних і клінічних обстежень.

Залежно від ступеня патогенності збудників в осередку проводиться медичне *спостереження, обсервація чи карантин* на термін максимального інкубаційного періоду, при особливо небезпечних інфекціях — двох інкубаційних періодів. Особа, в якій з'являються подібні симптоми цієї інфекційної хвороби, підлягає негайній провізорній ізоляції у стаціонарі або в домашніх умовах до встановлення діагнозу. Якщо хворого залишають удома, то створюють максимальні умови для зменшення можливості його контакту зі здоровими.

На осіб, які перебувають під медичним спостереженням, іноді накладають обмеження у вигляді роз'єднання. Цей захід частіше вживають до дітей, які відвідують дитячі заклади, а також до дорослих, що працюють у дитячих закладах, на підприємствах харчової промисловості, громадського харчування. Наприклад, при кору дітей, які не хворіли на цю нозологію і не були щепленими, не допускають у дитячі заклади протягом 17 днів з моменту госпіталізації пацієнта.

Іноді особи, які спілкувалися з інфекційними хворими, підлягають *обсервації* — системі ізоляційно-обмежувальних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на запобігання поширенню інфекційних захворювань. Ізоляційно-обмежувальні заходи передбачають обмеження виїзду, в'їзду

та транзитного проїзду через епідемічно неблагополучну територію, заборону вивозу майна без попереднього знезараження, обмеження спілкування осіб, які перебувають в осередку. Людей ізолюють у спеціально пристосовані приміщення, де за ними встановлюють медичне спостереження на час, що дорівнює максимальному інкубаційному періоду при даній нозології.

Лікувально-профілактичні заходи включають:

- санітарну обробку (часткову або повну);
- вилучення і знищення запасів продуктів харчування при спалахах кишкових інфекцій;

- активне виявлення хворих, проведення термінової специфічної та неспецифічної профілактики;

- суворий контроль за проведенням санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів за місцем проживання, розташування й лікування.

При деяких особливо небезпечних інфекційних хворобах (чума, холера) встановлюють *карантин* — систему протиепідемічних заходів, спрямованих на повну ізоляцію осередку й ліквідацію інфекційних хвороб у ньому. Карантин включає організацію та проведення режимних і протиепідемічних заходів.

Режимні заходи передбачають:

- озброєну охорону території;
- повну ізоляцію осіб, які підлягли ризику інфікування, і розташування їх невеликими групами;
- заборону виїзду, в'їзду та транзитного проїзду через епідемічно-неблагополучну територію;

- заборону вивозу майна без попереднього знезараження;
- організацію патрулювання території підрозділами спеціального призначення для контролю за дотриманням карантину;
- організацію перевалочних пунктів;
- дотримання режиму розташування і харчування осіб.

На території, де накладено карантин, проводять такі *протиепідемічні заходи*:

- продовження лікувально-профілактичних заходів, розпочатих у режимі обсервації;

- специфічну імунпрофілактику;
- встановлення суворого протиепідемічного режиму на етапах медичної евакуації;

- посилення локальної медичної служби фахівцями-консультантами;
- створення ізоляційно-карантинних пунктів для ізоляції осіб, які спілкувалися з хворими;

- проведення комплексу протиепідемічних заходів щодо розриву механізму передачі (дезінфекція, дезінсекція).

Важливою частиною в осередку є проведення бесід, що мають на меті підвищення санітарної грамотності населення, ознайомлення з засобами індивідуальної профілактики, пояснення природи даної інфекційної хвороби тощо.

Протиепідемічні заходи при зооантропонозних інфекціях серед сільсько-господарських тварин поділяють на дві групи: заходи щодо джерел збудників інфекції та контактних з ними тварин і заходи щодо недопущення поширення збудників і знезараження об'єктів довкілля.

У першому випадку вдаються до:
ізоляції або знищення хворих тварин;
заборони перегонів хворої худоби;
ізоляції позитивних за лабораторними обстеженнями тварин у спеціальні господарства;
ізолювання вирощування молодняку з його вакцинацією, накладання карантину на господарство;
імунізації худоби.

Заходи щодо недопущення поширення збудників і знезараження об'єктів довкілля включають:

облік випадків абортованих тварин;
заборону перегруповання худоби всередині господарства;
роздільний водопій і випас хворих і позитивно реагуючих тварин;
знищення плодів і загиблих тварин;
забій хворої позитивно реагуючої худоби на спеціальних майданчиках;
знешкодження кормів і перегною;
заключну дезінфекцію після окотів.

Правила поведінки в осередку інфекційних захворювань

Не можна без спеціального дозволу покидати місце проживання.

Без крайньої потреби не виходьте з дому, уникайте місць великого скупчення людей.

Два рази на добу вимірюйте температуру собі й членам сім'ї. Якщо вона підвищилася і ви почуваєте себе погано, необхідно ізолювати себе від оточуючих в окремій кімнаті або відгородитися ширмою.

Терміново повідомте про захворювання медичний заклад. В окремих випадках інфекційних захворювань дійте у відповідності з рекомендаціями органів охорони здоров'я, а саме:

1. Одягніть ватно-марлеву пов'язку.
 2. Щоденно обов'язково робіть вологе прибирання приміщень з використанням розчинів для дезінфекції і побутових миючих засобів.
 3. Сміття необхідно спалювати. Знищуйте гризунів і комах — можливих збудників захворювань.
 4. Суворо дотримуйтеся правил особистої і громадської гігієни. Ретельно, особливо перед прийманням харчів, мийте руки з милом, воду використовуйте з перевірених джерел і пийте тільки кип'ячену. Сирі овочі та фрукти після миття обдайте окропом.
 5. При догляді за хворою людиною одягайте халат, хустку і ватно-марлеву пов'язку. Визначте хворому окреме ліжко, рушник, який регулярно періть, посуд мийте.
 6. Особам, які спілкуються з хворим, суворо забороняється виходити на роботу, відвідувати інші квартири (будинки). У випадках, коли ви не знаєте, на яку хворобу хворіє член вашої сім'ї, дійте так, як при заразній хворобі.
 7. Після госпіталізації хворого зробіть у квартирі дезінфекцію: постіль, білизну і посуд треба прокип'ятити протягом 15 хв. у 2%-му розчині соди, після чого посуд вимийте гарячою водою, а постіль попраसуйте праскою, кімнату та інші приміщення почистіть, вимийте і провітріть.
- Знайте, що простими і надійними методами дезінфекції є кип'ятіння і прасування гарячою праскою.

Найбільш поширені інфекційні захворювання. Сальмонельоз викликається мікробами сальмонелами. Зараз відомо понад 800 різних видів сальмонел. Сальмонельоз широко розповсюджений серед тварин, від яких інфекція може передаватись людині. У птахів збудники сальмонельозу виявляються не тільки в органах і м'язах, але й у яйцях. Захворювання може проявлятися у вираженій формі або проходити без видимих ознак хвороби.

Хворі на сальмонельоз є небезпечними для оточуючих з першого дня захворювання, бо виділення збудника можливе не тільки з калом хворого, а й з сечею та блювотними масами, а іноді зі слиною і мокротою. Мікроби передаються через продукти харчування.

При харчових токсикоінфекціях, викликаних сальмонелами, прихований період короткий — від 8 до 36 год. Після прийому їжі, яка заражена сальмонелами, захворювання починається частіше бурливо, різко.

Підвищується температура до $+40^{\circ}\text{C}$, з'являються лихоманка, головний біль, запаморочення, слабкість, нудота, блювання, біль у животі. Звичайно болі локалізуються у ділянці під грудьми, внизу живота, навколо пупка, поступово вони можуть відчуватись по всьому животу. Випорожнення у хворого часті, рідкі, містять слиз із надто неприємним запахом. Іноді кал складається тільки зі слизу з домішками крові, нагадуючи при цьому дизентерію. При важкому перебігу хвороби, до всіх перелічених ознак додається зневоднення організму, порушується сольовий баланс, бо разом з блювотними масами відбувається втрата солей калію і натрію. Така втрата солей і рідини призводить до розвитку судом.

При легкому перебігу хвороби виражені симптоми з боку шлунку: нерізкі болі, нудота; інтоксикація у таких випадках відсутня, температура тіла нормальна або дещо підвищена ($37,2\text{--}37,5^{\circ}\text{C}$). Часто у дітей спостерігаються катаральні явища верхніх дихальних шляхів. Одуження відбувається через 2–3 дні.

У профілактиці сальмонельозу дуже важливий ветеринарний нагляд за худобою, домашніми птахами, свинями. Готові страви (м'ясні паштети, варені ковбаси, котлети, холодці) необхідно зберігати на холоді. Категорично забороняється вживати в їжу консерви, що зберігаються у відкритих банках або закритих, але з ознаками бомбажу.

Велику роль відіграє кулінарна обробка продуктів: достатнє просмажування м'яса, особливо качиноного, оскільки вони часто за життя бувають інфіковані сальмонелами; качині яйця необхідно варити 15–20 хв. Тривала термічна обробка м'яса приводить до знищення бактерій, тому варити його потрібно не менше 2–3 год. Підсмажене м'ясо необхідно ще тушкувати. Продукти, які швидко псуються, необхідно зберігати в холодильнику.

Ботулізм — важка харчова інфекція, яка викликається збудниками — паличками ботулізму. Ці палички можуть бути у ковбасі, шинці, консервах, рибі. Захворювання характеризується важким ураженням центральної нервової системи. Прихований період триває від 2 до 24 год. (чим коротший цей період, тим тяжче отруєння).

Симптоми ботулізму: загальна слабкість, запаморочення, головний біль. Нудоти, проносу звичайно не буває. З'являються ознаки ураження центральної нервової системи: туман, двоїться в очах; спрага та сухість у роті; розлад ковтання; параліч м'язів кінцівок та шиї.

Перша допомога при отруєннях:

харчове отруєння (промити шлунок шляхом вживання великої кількості рідини (до 2–3 л води з 2 столовими ложками харчової соди) і викликати блювання. Прийняти 100–150 мл блідо-рожевого розчину перманганату калію, терміново викликати лікаря або евакуювати постраждалого до лікарні);

ботулізм (промити шлунок водою або 1%-ним розчином перманганату калію (1 г на 1 л води); прийняти активоване вугілля; прийняти сольове проносне; зробити клізму (300–500 мл теплої води); обов'язково доставити хворого до лікарні);

дизентерія (прийняти левомицетин, при появі рідкого випорожнення з кров'ю, потрібна термінова евакуація до лікарні).

Пташиний (курячий) грип — це інфекційне захворювання птиці, яке викликане вірусами грипу А. Вірус H5N1 — це підтип вірусу грипу А, який буває в основному у птахів, дуже заразний у птахів і може бути причиною їх смерті. Відомо, що дикі мігруючі птахи є природним резервуаром для високо патогенних вірусів і можуть передавати їх свійській птиці (куркам, качкам, індицям) через безпосередній контакт. Пташиний грип належить до великої групи різноманітних вірусів грипу, які спочатку уражають птахів. Зрідка ці віруси грипу можуть заразити інші біологічні види, зокрема свиней і людей.

Поширення вірусів пташиного грипу від однієї хворої людини до іншої буває дуже рідко; подальше поширення інфекції від хворого не спостерігається. Під час спалаху пташиного грипу серед птахів існує можливий ризик і для людей, які мають безпосередні чи близькі контакти з інфікованими птахами або з поверхнями, зараженими секретами чи іншими виділеннями інфікованих птахів.

Симптоми пташиного грипу у людей можуть варіюватися від симптомів, типових для звичайного грипу (температура, кашель, біль у горлі та біль у м'язах) до інфекцій очей, пневмонії, важких респіраторних захворювань (гострий респіраторний синдром) та інших загрозливих для життя ускладнень. Симптоми пташиного грипу залежать від того, яким специфічним підтипом вірусу і штаму була викликана інфекція. Для того щоб підтвердити наявність пташиного грипу у людини, необхідно провести лабораторні дослідження.

Існує два основні ризики для здоров'я людини при захворюванні на пташиний грип:

1) ризик безпосередньої інфекції, коли вірус переходить від інфікованого птаха до людини, внаслідок чого іноді людина може тяжко захворіти;

2) ризик того, що вірус (якщо у нього є для цього достатньо можливостей) перейде у форму, дуже заразну для людей, яка легко передається від людини до людини.

Грип. Більшість людей знайома з інфлюєнцією, або «грипом», — респіраторним захворюванням, на яке щороку хворіють сотні тисяч людей. Грип, зазвичай, не загрожує життю більшості здорових людей. Пандемія грипу — інша річ. Вона починається тоді, коли з'являється новий штам грипу, який легко може передаватися від людини до людини, і проти якого у людей немає імунітету. На відміну від сезонного грипу, він може уражати молодих і здорових, а також хворих і слабких.

Навички, які допоможуть зберегти здоров'я та уникнути грипу. Остерігайтеся близького контакту з хворими людьми. Якщо ви хворі, уникайте контакту з іншими людьми, щоб захистити їх від захворювання.

Коли ви хворі, по зможі залишайтеся удома, не йдіть на роботу, до школи і не плануйте в цей час відрядження. Ви допоможете вберегти інших людей від зараження вашою хворобою.

Закривайте рот і ніс тканиною, коли кашляєте або чхаєте. Ви допоможете іншим людям, що оточують вас, уникнути зараження.

Миття рук захистить вас від мікробів. Намагайтеся не торкатись очей, носа або рота. Мікроби часто поширюються тоді, коли людина доторкається до чого-небудь, забрудненого мікробами, а потім торкається своїх очей, носа або рота.

3.5. Психологічна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій

Як свідчить досвід, далеко не завжди люди, які потрапили до НС (аварії, пожежі, повені тощо), придатні до миттєвих, енергійних, адекватних (доцільних) дій. Більша частина, приблизно 50,0–75,0% постраждалих, опиняється у стані своєрідної «панічної реакції», лишаючись відносно спокійними, хоча й недостатньо активними, у 12,5–25,0% людей спостерігаються істеричні реакції. В одних це проявляється у сильному збудженні, хаотичних, не відповідних до обстановки діях, у інших — у загальмованості, пригніченості, глибокій прострації, повному байдужості до всього, що робиться навколо, нездатності до будь-якої діяльності. І лише у 12,5–25,0% постраждалих здатність володіти собою зберігається. Ці постраждалі швидко оцінюють обставини, що склались, діють рішуче та помірковано. Не зважаючи на це, через певний період усі особи, за невеликим винятком, заспокоюються, адаптуються до нової незвичної обстановки та поступово підключаються до діяльності, необхідної для збереження життя та здоров'я.

Однією з форм емоційної реакції на автономне існування в природних умовах є страх — почуття, яке викликане дією або небезпекою, очікуванням загибелі, страждань. За умов автономного існування відчуття страху в більшості випадків пов'язане з відсутністю даних про навколишнє середовище, власною слабкістю, очікуванням нападу тварин та інше. І разом з цим відчуття страху — це своєрідна система попередження про небезпеку, що сигналізує про необхідність вжиття заходів для уникнення загрози.

Основними реакціями людини на раптове виникнення небезпеки є збен-теження, розгубленість, втрата контролю над своїми вчинками та осмисленими діями, поява страху.

Страх сковує тіло. Людина стоїть як стоп і не здатна до активних дій, виступає холодний піт, очі мутніють.

Однією з форм прояву страху є паніка. Зовні вона може бути активною або пасивною. У разі активної форми паніки людина здійснює інстинктивні захисні дії, що відбуваються без контролю з боку розуму: стрімка втеча, стрибок убік, крик, істерика, безконтрольна жестикуляція.

Існує так звана пасивна, «тиха» паніка. Вона полягає в цілковитій безпорадності людини, безвиході, приреченості. Людина припиняє боротися і час-то гине.

Страх і панічний стан можуть послідовно чергуватися. Зціпеніння змінюється бігом, а біг — повною апатією.

Ці реакції можуть проявлятися в короткі (кілька хвилин) та довгі (кілька годин) проміжки часу. За подібних обставин людина найчастіше здатна дістати травми.

Страх і паніка належать до «перехідної хвороби», яка може охоплювати одного, двох, кількох, а інколи й усіх постраждалих. Універсального засобу від страху і паніки немає.

Для профілактики цих реакцій необхідні спеціальні тренування за умов, максимально наближених до реальних, досвід, підвищення загально-фізичної та морально-вольової підготовки, постійна участь у проведенні пошукових і аварійно-рятувальних робіт, формування впевненості в позитивному виході зі складної ситуації.

Найбільш різко страх і паніка проявляються під впливом несприятливих факторів (холод, вітер, туман, темрява, нестача кисню, наявність СДОР, незнання ситуації). При цьому порушується чіткість думок, втрачається самокритичність та інтуїція, пригальмовуються процеси мислення, розлагоджується координація рухів.

Угамувати в собі відчуття страху можливо лише сильнішим усвідомленням необхідності надати допомогу постраждалим, навіть з ризиком для власного життя, або зосередженням чи відволіканням на виконанні будь-якої складної та важливої роботи. Страх відіграє роль стримуючого фактора. Він відступає або сприймається спокійніше, коли людина набуває необхідних знань, навичок і вміння.

Вплив страху на людину занадто великий і, як зауважив Оноре де Бальзак, під його впливом «усі здібності людини раптово досягають або крайнього напруження, або приходять у повний занепад». На думку В. Бонатті, відомого мандрівника та журналіста, існують два види страху — контрольований страх та неконтрольований. «Ти контролюєш свій страх, відповідно, розумієш небезпеку, яка може трапитись, намагаєшся уникнути її. У цьому випадку завжди знайдеш вихід. А страх, який ти не контролюєш — це проста паніка». Таким чином страх — це природна реакція організму будь-якої людини на небезпеку. Емоційна реакція людини на ту чи іншу небезпеку залежить у значній мірі від її волі, внутрішньої зібраності, вміння побороти інстинкт самозбереження.

Потрапивши в умови природної автономії, слід пам'ятати, що крім знань та практичних навичок, необхідних для виживання, насамперед слід правильно ставитися до ситуації.

Усі знання у світі втратять свою цінність, якщо не буде волі до життя. Воля до життя — головний фактор у НС. Відомо, що розум може здатися швидше від тіла, але з установкою на виживання людина здобуває великі можливості подолати ситуацію, до якої потрапила. Слід пам'ятати, що у будь-якій складній ситуації завжди є ресурси, необхідні, щоб подолати та вижити. Сила духу та фізичні можливості за умов ефективної праці дозволяють досягти, на перший погляд, неочікуваних результатів.

Опинившись в умовах автономного існування, насамперед слід сконцентрувати свій розум на виживанні. Дві великі небезпеки для життя ховаються у розумі людини — це потяг до комфорту та пасивне спостереження. Якщо їх своєчасно не подолати, то вони можуть призвести до деморалізації та загибелі. Як свідчить досвід, з обома цими загрозами можливо легко упоратися будь-кому. Цивілізація зробила людей зніженими, тому що більшість з них відгороджені від агресії сил природи та навколишнього середовища. Значна частина людей працюють у теплих та надійних будівлях, до їх послуг висококваліфікована система охорони здоров'я і гарантоване забезпечення продук-

тами харчування та водою. У НС, як правило, усього цього немає, принаймні спочатку. У розпорядженні залишається одяг, яка не завжди відповідає потребам (єдиний надітий комплект). Зниклі умови комфорту — удар по самовладанню (не виключено, що може призвести до повної деморалізації).

Для боротьби можливі такі шляхи:

по-перше, чітко з'ясування того, що цінності сучасної цивілізації не принципові для розв'язання проблеми виживання, тому потрібно їх відкинути;

по-друге, чітко зрозуміти, що всі почуття дискомфорту менш вагомі у порівнянні з проблемами, які настають під час психологічного спаду.

Апатія може закінчитися втратою цікавості до життя, пасивним та депресивним станом (особливо за відсутності надії на допомогу ззовні). Для перемоги над апатією слід з'ясувати для себе основний пріоритет — вижити і усвідомити те, які дії містяться в основному плані виживання. Тривале автономне існування може викликати відчуття самотності, яке у свою чергу, несе за собою відчуття безпорадності та відчаю. Подолати це відчуття можливо, постійно займаючись якоюсь справою, а також вихованням самодостатності. Відчуття безсилля можливо подолати шляхом спрямованості на досягнення корисної та об'єктивно виконуваної мети.

Тому важливо ставити і виконувати простіші завдання, перед тим як перейти до складніших. Крім того, слід: правильно оцінити ситуацію та діяти відповідно до неї; не ставити мети, якої неможливо досягти; не сидіти без діла, а працювати.

Особисті якості, якими слід володіти для подолання надзвичайної ситуації, а саме здатність: концентрувати розум, імпровізувати, жити самому, адаптуватися до ситуації, зберігати спокій, лишатися оптимістом, у той же час готуватися до гіршого та зрозуміти власні страхи, підкорити та подолати їх.

Надзвичайна ситуація — обстановка на окремій території чи суб'єкті господарювання, яка характеризується порушеннями нормальних умов життєдіяльності.

Алгоритм перших дій у надзвичайних ситуаціях:

1. Огляньте місце події та переконайтеся, що немає безпосередньої загрози вашому життю і здоров'ю, а потім уже можете допомагати постраждалим.

2. Огляньте постраждалих та зрозумійте, чи є потреба у наданні екстреної медичної допомоги, чи є загроза їх життю.

3. Викличте медиків і рятувальників.

4. Залишайтеся з постражданим до приїзду екстрених служб, намагаючись зберегти або поліпшити його стан доступними методами.

Не починайте дій одразу. Визначте, яка допомога (крім психологічної) потрібна, хто з усіх найбільшою мірою потребує допомоги. Дізнайтеся імена людей, які потребують допомоги.

Назвіть, хто ви і які функції виконуєте («Я — соціальний працівник», «Я — волонтер», «Я — лікар», «Я допомагаю постраждалим»). Людині може дати надію вже ваша присутність. Скажіть, чим ви можете допомогти, поясніть, що допомога скоро прийде, що ви про це подбали.

Важливо відновити життєзабезпечуючі процеси людини: попросіть подихати в певному ритмі (наприклад: «Вдихніть, трохи затримайте дихання, видихніть». «Дихайте! — Вдох... видих... вдих... видих». «Дихайте разом

зі мною»). Встановіть контакт очима, словами (наприклад: «Ви мене чуєте?»), заспокойте простими словами (наприклад: «Я разом з вами». «Спробуймо разом», «Тут уже спокійно»).

Важливо відновити орієнтацію в поточній дійсності. Запитайте про те, що людина чує, бачить, де вона. Якщо людина не зовсім орієнтується, поінформуйте (коротко, точно) про місце, час, ситуацію (наприклад, «Тут багато народу — це площа. Був вибух. Ви злякалися» — ваша мова проста, однозначна, спокійна). Потім відновіть ланцюжок пам'яті: запитайте, що пам'ятає до, що — після події: «Як усе почалося? Що ви робили?».

Обережно встановіть тілесний контакт з постраждалими: візьміть за руку або поплескайте по плечу. Торкатися до голови чи інших частин тіла не рекомендується. Займіть положення на тому ж рівні, що й постраждалий. Не повертайтеся до постраждалого спиною. Дитину можна трохи обійняти.

Ніколи не звинувачуйте людей. Уникайте будь-яких слів, які можуть викликати почуття провини.

Не давайте хибних надій і неправдивих обіцянок. Розкажіть, які заходи потрібно вжити для отримання допомоги в конкретному випадку.

Дайте людині повірити в її власну компетентність. Дайте їй доручення, з яким вона впорається (наприклад, одягнути куртку, скласти речі в сумку). Використовуйте це, щоб вона переконалася у власних здібностях, щоб у неї виникло почуття самоконтролю: «Вам уже доводилося долати труднощі, правда? От і зараз подолаєте»

Дайте людині висловитися. Слухайте її активно, будьте уважні до її почуттів і думок. Переказуйте позитивне.

Скажіть людині, що ви залишитеся з нею. У разі потреби її покинути, знайдіть того, хто може опікуватися нею, і проінструктуйте щодо подальших дій.

Залучайте інших людей для надання допомоги. Інструктуйте їх і давайте їм прості доручення.

Намагайтеся захистити людину від зайвої уваги і розпитувань. Можна відгородити від цікавих, наприклад, давши їм доручення: «Пройдіть, будь ласка, і подивіться, чи немає тих, кому потрібна допомога, підтримка; допоможіть їм».

У кризовій ситуації людина завжди перебуває в стані психічного збудження. Це нормально. Поведінка такої людини не повинна вас лякати, дратувати чи дивувати. Її стан, вчинки, емоції — це нормальна реакція на ненормальні обставини.

Не надавайте психологічної допомоги в тому разі, якщо ви до цього не готові, не хочете (неприємно або інші причини). Знайдіть того, хто може це зробити. Дотримуйтеся принципу «Не нашкодь!» Обмежтеся лише співчуттям і якнайшвидше зверніться по допомогу до фахівця (психотерапевта, психіатра, психолога).

Люди, що пережили кризову подію, можуть перебувати в пригніченому стані, відчувати тривогу або сум'яття. Деякі звинувачують себе у тому, що сталося. Зберігаючи спокій і проявляючи розуміння, треба допомагати людині пережити стреси, відчути себе в безпеці, відчути, що її захищають, розуміють, поважають і піклуються про неї належним чином. Люди, що пережили стресову ситуацію, можливо, захочуть розповісти, що з ними сталося. **Вислухати чиясь розповідь** — це вже велика підтримка. Однак важливо **не примушувати** людей **розповідати про пережите**. Деякі люди не хочуть говорити про те, що стало-

ся, або про свої особисті обставини. При цьому для них може бути важливо, щоб хтось просто був поруч, нехай і мовчки. Треба **сказати їм, що підтримка буде поблизу**, на випадок, якщо вони захочуть поговорити, або треба **запропонувати їм практичну допомогу**, наприклад їжу чи склянку води. Не можна казати занадто багато, треба надати людині побути в тиші. Можливість трохи помовчати дасть людині перепочинок і може підштовхнути її поділитися з кимось своїми переживаннями, якщо вона того забажає (див. табл. 3.3.).

Таблиця 3.3

Заходи підтримки постраждалого

ПОТРІБНО робити і говорити	НЕ ДОЦІЛЬНО робити і говорити
Знайти для розмови тихе місце, де ніщо не буде відволікати.	Змушувати людину розповідати, що з нею відбулося і відбувається.
Поважати конфіденційність і по можливості не розголошувати повідомлені особисті відомості про людину.	Перебивати, квапити співрозмовника (приміром, не треба дивитися на годинник чи говорити занадто швидко).
Бути поруч з людиною, але дотримуватися необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та культури.	Торкатися людини, якщо немає впевненості, чи заведено це в її культурному середовищі.
Показувати своїм виглядом, що уважно слухаєте співрозмовника, наприклад, киваючи головою або вимовляючи короткі підтверджуючі репліки.	Давати оцінок тому, що людина зробила.
Бути терплячим і спокійним.	Казати: «Ви не повинні себе так відчувати» або «Ви повинні радіти, що вижили».
Надавати фактичну інформацію, якщо вона існує. Чесно казати, про що знаєте, а чого не знаєте: «Я не знаю, але спробую для вас дізнатися».	Вигадувати того, чого не знаєте.
Надавати інформацію так, щоб її легко було зрозуміти, — простими словами.	Використовувати спеціальні терміни.
Висловлювати співчуття, коли люди говорять про свої почуття, пережиту втрату або важливі події (втрату будинку, смерть близької людини): «Яке нещастя! Я розумію, як вам важко».	Давати помилкові обіцянки чи запевнення.
Відзначити виявлені людиною зусилля, спрямовані на самостійний вихід з важкої ситуації.	Переказувати співрозмовнику особисті розповіді, почуті від інших.
Дати людині можливість помовчати у разі потреби.	Казати про власні труднощі.
	Думати і діяти так, немов зобов'язані розв'язати за іншого всі його проблеми.
	Позбавляти людину віри у власні сили і здатність самостійно подбати про себе.
	Казати про людей, використовуючи негативні епітети (приміром, називати їх «божевільними»).

Важливо **вміти слухати** людей, щоб зрозуміти становище, в яке вони потрапили, їхні потреби, щоб допомогти їм заспокоїтися і надати необхідну допомогу.

Коли розмовляєте з людиною, важливо слухати: очима, демонструючи пильну увагу; вухами, щоб дійсно почути, що саме турбує людину; серцем, із співпереживанням і повагою.

Звертаючись до людей, які, можливо, потребують підтримки:

Звертайтеся до людей з повагою і відповідно до їх культури.

Назвіться: скажіть своє ім'я та організацію.

Запитайте, чим їм зарадити, якої допомоги вони потребують.

Якщо є змога, знайдіть безпечне і тихе місце для розмови.

Створіть елементарні комфортні умови (приміром, дайте води).

Намагайтеся забезпечити безпеку постраждалого: виведіть людину з місця, де їй загрожує безпосередня небезпека, якщо це можна зробити без ризику; постарайтеся захистити людину від зайвої уваги, захищаючи її право на приватне життя і гідність; якщо людина пригнічена, постарайтеся не залишати її наодинці.

Вислуховуйте людей і постарайтеся їх заспокоїти.

Будьте поруч.

Не змушуйте людей розповідати про пережите.

Уважно вислухайте, якщо люди все ж захочуть поговорити про те, що сталося.

Якщо людина пережила сильний стрес, спробуйте її заспокоїти і переконайтеся, що вона не перебуватиме на самоті.

Підтримуйте зоровий контакт з людиною під час розмови.

Якщо у людини виникає відчуття нереальності того, що відбувається, відірваності від оточення, тоді для відновлення контакту з навколишнім середовищем і самовладання попросіть її: впертися ногами в підлогу; допоможіть їй поплескати пальцями або кистями рук по своїх колінах; зверніть її увагу на будь-які нейтральні предмети навколишнього оточення, які вона може побачити, почути чи помацати; попросіть розповісти, що вона бачить і чує; попросіть її зосередитися на своєму диханні і дихати повільно.

Те, як діти реагують на труднощі кризи, залежить від їх віку та рівня розвитку. Це також залежить від того, як взаємодіють з ними їхні батьки, піклувальники та інші дорослі. Наприклад, маленькі діти не здатні повністю зрозуміти, що відбувається навколо, і особливо потребують підтримки дорослих. Зазвичай діти справляються краще, коли поруч сильні, спокійні дорослі. У дітей і підлітків виявляються такі ж реакції дистресу, що й у дорослих. Але у них також можуть виникати деякі із специфічних реакцій.

Маленькі діти можуть повернутися до поведінки, що притаманна більш ранньому віку (наприклад, смочуть палець або мочаться в ліжку), можуть чіплятися за батьків або піклувальників, а також менше займатися іграми чи повторювати одну і ту ж гру, пов'язану з тривожними подіями.

Діти шкільного віку іноді вважають себе винуватцями негативних подій, у них виникають нові страхи, вони стають менш доброзичливими і привітними, почуваються самотніми або надто стурбовані захистом чи порятунком людей в умовах кризи.

Підлітки можуть «нічого не відчувати», вважати, що вони відрізняються від своїх ровесників або ізольовані від них, робити ризиковані вчинки або проявляти негативізм.

Члени сім'ї, батьки й опікуни — важливе джерело захисту та емоційної підтримки для дітей. Діти, розлучені зі своїми близькими, під час кризової події опиняються в незнайомому місці, в оточенні незнайомих людей. Вони часто дуже налякані і не в змозі правильно оцінити ризик і небезпеки, що їх оточують. Важливим першим кроком є з'єднання тих дітей, що залишилися без сімейного нагляду, у тому числі підлітків, з їхніми близькими. Якщо діти перебувають разом з батьками, треба намагатися підтримувати дорослих у турботі про дітей.

Як дорослі можуть допомогти дітям

Немовлята. Тримайте їх у теплі й безпеці. Тримайте їх подалі від гучного шуму і хаосу. Частіше обіймайте і притискайте їх до себе. По можливості дотримуйтесь графіку годування і сну. Говоріть спокійним і лагідним голосом.

Діти раннього віку. Приділяйте їм більше часу та уваги. Постійно нагадуйте їм, що вони в безпеці. Поясніть, що вони не винні у тому, що сталося. Намагайтеся не розлучати дітей з тими, хто піклується про них, з братами, сестрами та близькими. Якщо є змога, виконуйте звичні процедури і дотримуйтеся режиму. Простими словами відповідайте на запитання про те, що сталося, без страшних подробиць. Дозвольте дітям триматися поруч з дорослими, якщо їм страшно і вони чіпляються за дорослих. Будьте терплячими з дітьми, які повертаються до поведінки, притаманної більш молодшому віку, наприклад, смочуть палець або мочаться в ліжко. Якщо можливо, створіть умови для ігор і відпочинку. Якщо дорослий поранений, перебуває у вкрай пригніченому стані чи з іншої причини не може піклуватися про свою дитину, постарайтеся допомогти йому організувати догляд за дітьми. Тримайте дітей та їх близьких разом і не дозволяйте розлучати їх. Наприклад, якщо дорослого відвезли, щоб надати йому медичну допомогу, постарайтеся відправити з ним дітей або докладно запишіть інформацію про те, куди його відправляють, щоб діти змогли з'єднатися з ним.

Діти старшого віку та підлітки. Приділяйте їм час і увагу. Допоможіть їм займатися звичними справами. Поясніть їм, що сталося і що відбувається зараз. Дозвольте їм сумувати, не чекайте, що вони виявляться сильнішими. Вислухайте їхні міркування і страхи без осудження та оцінок. Чітко визначте правила поведінки і поясніть, чого чекаєте від них. Запитайте, чого вони побоюються, підтримайте їх, обговоріть, як краще зробити, щоб залишитися неушкодженим. Заохочуйте їх прагнення давати користь оточуючим і надавайте таку можливість.

Також майте на увазі, що діти часто збираються навколо місця події і можуть стати свідками жаливих подій, навіть якщо вони чи їхні батьки або піклувальники безпосередньо не постраждали. У хаосі кризи дорослі часто поглинені своїми турботами і не можуть уважно стежити за тим, чим зайняті діти, що вони бачать або чують. Постарайтеся захистити дітей від трагічних дій або розповідей очевидців.

Що говорити і робити для допомоги дітям

Підтримуйте перебування в сім'ї:

забезпечуйте перебування дітей разом з батьками та родичами, не дозволяйте розлучати їх;

якщо з дітьми немає дорослих, передавайте їх на піклування надійної мережі або служби захисту дітей. Не залишайте дитину без нагляду;

якщо на місці немає служби захисту дітей, самі вживайте заходів, аби знайти їх близьких чи зв'язатися з іншою родиною, яка може про них подбати.

Забезпечуйте безпеку:

захищайте дітей від трагічних сцен, наприклад від вигляду важких ран або катастрофічних руйнувань;

захищайте дітей від травмуючих розповідей про подію;

захищайте дітей від репортерів і розпитувань сторонніх людей, що не входять до групи порятунку.

Слухайте, говоріть і організовуйте дозвілля:

зберігайте спокій, говоріть м'яко, будьте привітні з дітьми;

вислухайте, що вони думають про події;

під час розмови намагайтеся перебувати на рівні їх очей, використовуйте прості, зрозумілі їм слова і пояснення;

назвіться — назвіть своє ім'я і скажіть, що прийшли допомогти;

дізнайтеся ім'я дитини, звідки вона та інші подробиці, які допоможуть знайти її близьких та членів сім'ї;

якщо з дитиною є батьки або піклувальники, допоможіть їм забезпечити необхідну турботу;

якщо ви перебуваєте з дітьми певний час, постарайтеся залучити їх у гру чи просто поговоріть на цікаві для них теми з урахуванням віку;

пам'ятайте, що у дітей також є власні ресурси для подолання труднощів. Дізнайтеся у них, як вони справляються з труднощами, підтримуйте використання позитивних стратегій і допомагайте їм уникнути негативних. Діти старшого віку та підлітки часто здатні надати допомогу в кризовій ситуації. Якщо ви знайдете безпечні способи залучити їх до надання допомоги, це допоможе їм більшою мірою відчувати контроль над ситуацією.

Люди з порушеннями здоров'я або з функціональними (фізичними чи психічними) обмеженнями. У цю групу входять особи похилого віку, вагітні жінки, люди з важкими розумовими розладами, з порушеннями зору і слуху, які не здатні пересуватися самостійно.

Такі люди не завжди здатні самі подбати про себе, тому можуть потребувати особливої допомоги, щоб дістатися до безпечного місця, в медичній допомозі та інших послугах, захисту від насильства.

Переживання, пов'язані з кризовою подією, часто погіршують стан здоров'я людей, які страждають на артеріальну гіпертонію, хворобу серця, астму, тривожний синдром та інші захворювання чи психічні розлади. Якщо вагітні та жінки відчувають сильний стрес у кризовій ситуації, це позначається на перебігу вагітності, на здоров'ї жінки або дитини. Людям, не здатним пересуватися самостійно або зі зниженим зором чи слухом, буває складно знайти близьких або звернутися по допомогу до відповідних служб.

Надаючи допомогу людям з хронічними захворюваннями або інвалідністю, треба діяти так:

Допомогти дістатися до безпечного місця.

Допомогти задовольнити нагальні потреби (їжа, чиста вода, можливість догляду за собою або зведення укриття з матеріалів, які роздають служби порятунку).

Розпитати про наявні захворювання і про прийняті ліки. Допомогти отримати ліки або медичну допомогу.

Залишитися поруч з людиною, а якщо потрібно, знайти й переконатися, що поруч є хтось, хто про неї подбає. Подумати про можливість направити постраждалого до організації чи відомства, які нададуть йому необхідну допомогу в довгостроковій перспективі.

Повідомити людей, як можна отримати допомогу чи послуги.

Люди, яким у кризовій ситуації можуть загрожувати дискримінація і насильство. До цієї категорії належать жінки або представники певних етнічних груп, щодо яких є підвищений ризик дискримінації чи насильства.

Вони особливо вразливі з таких причин:

їх можуть ігнорувати при розподілі гуманітарної допомоги для задоволення нагальних потреб;

їхній голос часто не враховують під час прийняття рішень про надання допомоги, послуг або розміщення;

вони можуть стати об'єктами насильства, зокрема сексуального.

Тому вони потребують додаткових заходів з безпеки, підтримки чи отримання допомоги. Важливо дізнатися, чи є на місці події такі люди, і надати їм таку допомогу:

розмістити у безпечному місці;

зв'язати з близькими та іншими людьми, яким вони довіряють;

надати інформацію про доступну допомогу і послуги, у разі потреби безпосередньо передати їх на піклування відповідних служб.

3.6. Евакуація населення із зони надзвичайної ситуації

Евакуація — організоване виведення чи вивезення з зони надзвичайної ситуації або зони можливого ураження населення, якщо виникає загроза його життю або здоров'ю, а також матеріальних і культурних цінностей, якщо виникає загроза їх пошкодження або знищення.

Евакуація проводиться на державному, регіональному, місцевому або об'єктовому рівні.

Залежно від особливостей надзвичайної ситуації встановлюються такі види евакуації: обов'язкова; загальна або часткова; тимчасова або безповоротна.

Рішення про проведення евакуації ухвалюють:

- 1) на державному рівні — Кабінет Міністрів України;
- 2) на регіональному рівні — Рада Міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації;
- 3) на місцевому рівні — районні, районні у містах Києві та Севастополі державні адміністрації, відповідні органи місцевого самоврядування;
- 4) на об'єктовому рівні — керівники суб'єктів господарювання.

У разі виникнення радіаційних аварій рішення про евакуацію населення, яке може потрапити до зони радіоактивного забруднення, ухвалюється місцевими державними адміністраціями на підставі висновку санітарно-епідеміологічної служби відповідно до прогнозованого дозового навантаження на населення або за інформацією суб'єктів господарювання, які експлуатують ядерні установки, про випадки порушень у їх роботі.

У невідкладних випадках керівник робіт з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації, а в разі його відсутності — керівник аварійно-рятувальної служби, який першим прибув у зону надзвичайної ситуації, може прийняти рішення про проведення екстреної евакуації населення з зони надзвичайної ситуації або зони можливого ураження.

Обов'язкова евакуація населення проводиться у разі виникнення загрози:

- 1) аварій з викидом радіоактивних та небезпечних хімічних речовин;
 - 2) катастрофічного затоплення місцевості;
 - 3) масових лісових і торф'яних пожеж, землетрусів, зсувів, інших геологічних та гідрогеологічних явищ і процесів;
 - 4) збройних конфліктів (з районів можливих бойових дій у безпечні райони, які визначаються Міністерством оборони України на особливий період).
- Загальна евакуація проводиться для всіх категорій населення із зон:
- 1) можливого радіоактивного та хімічного забруднення;
 - 2) катастрофічного затоплення місцевості з чотиригодинним добіганням проривної хвилі при руйнуванні гідротехнічних споруд.

Часткова евакуація проводиться для вивезення категорій населення, які за віком чи станом здоров'я у разі виникнення надзвичайної ситуації не здатні самостійно вжити заходів щодо збереження свого життя або здоров'я, а також осіб, які відповідно до законодавства доглядають (обслуговують) таких осіб. Часткова евакуація може проводитися також для інших категорій населення за рішенням органів і посадових осіб, зазначених у частині четвертій цієї статті.

Проведення евакуації забезпечується шляхом:

- 1) утворення регіональних, місцевих та об'єктових органів з евакуації;
- 2) планування евакуації;
- 3) визначення безпечних районів, придатних для розміщення евакуйованого населення та майна;
- 4) організації оповіщення керівників суб'єктів господарювання і населення про початок евакуації;
- 5) організації управління евакуацією;
- 6) життєзабезпечення евакуйованого населення в місцях їх безпечного розміщення;
- 7) навчання населення дій під час проведення евакуації.

У містах та інших населених пунктах, де є об'єкти підвищеної безпеки, при неповному забезпеченні захисними спорудами основним способом захисту населення є евакуація і розміщення його в зонах, безпечних для проживання людей і тварин.

Евакуації підлягає населення, яке проживає в населених пунктах, що знаходяться у районах можливого катастрофічного затоплення, небезпечного радіоактивного забруднення, хімічного ураження, стихійного лиха, аварій і катастроф.

Враховуючи обстановку, що склалась на час надзвичайної ситуації, може бути проведено загальну або часткову евакуацію населення тимчасового або безповоротного характеру.

Загальна евакуація проводиться за рішенням Кабінету Міністрів України для всіх категорій населення і планується на випадок: можливого небезпечного радіоактивного забруднення територій (при загрозі життю і здоров'ю людей); виникнення загрози катастрофічного затоплення.

Часткова евакуація проводиться за рішенням Кабінету Міністрів України у разі загрози або виникнення надзвичайної ситуації.

Евакуаційні заходи здійснюються Радою Міністрів Автономної Республіки Крим, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування.

При проведенні часткової евакуації завчасно вивозиться незайняте у виробництві та обслуговуванні населення; діти, учні навчальних закладів, вихованці дитячих будинків, разом з викладачами та вихователями, студенти, пенсіонери та інваліди, які перебувають у будинках для осіб похилого віку, разом з обслуговуючим персоналом і членами їх сімей.

Щоб організовано провести евакуацію, не допустити паніки і загибелі людей, необхідно: завчасно планувати евакуацію населення; визначити райони, придатні для розміщення евакуйованих з небезпечних зон; організувати оповіщення керівників підприємств і населення про початок евакуації; організувати управління евакуацією, турбуватись про життєзабезпечення в місцях розміщення евакуйованого населення; організувати навчання дітей під час проведення евакуації.

Евакуація — це упорядковане виведення чи вивезення людей з об'єктів і населених пунктів, перебування в яких стає небезпечним для життя. Основна мета евакуації — забезпечення безпеки кожної людини і всіх. Евакуації підлягають цінності, документація та архівні матеріали.

Масштаби евакуації залежать від величини поширення ураження чи загрози надзвичайної ситуації. Успішність проведення евакуації залежить від підготовленості керівництва об'єктів, населених пунктів, адміністративних територій, керівників держави, населення, сил і засобів.

Розрізняють такі види евакуації:

а) загальна евакуація — будівля або населений пункт звільняються повністю;

б) часткова евакуація — звільняється частина приміщення, населеного пункту чи адміністративного району; при частковій евакуації необхідно обмежити господарсько-виробничу діяльність і збільшити шанси на врятування; така евакуація в будь-яку мить може перерости в загальну евакуацію;

в) негайна евакуація є терміновим заходом, якщо надзвичайна подія (пожежа, вибух, аварія та ін.) уже виникла або може виникнути в обмежений відрізок часу; кожний з названих видів евакуації під впливом обстановки, що змінюється, може перерости в негайну евакуацію;

г) тимчасова евакуація — проводиться при порівняно невеликій, тимчасовій загрозі (підняття рівня води, хімічна аварія на віддаленні тощо).

Евакуація населення з небезпечних районів і зон (крім зон карантину) проводиться у разі загрози життю та здоров'ю людей. Евакуації підлягає все населення району, якому загрожує небезпека. Евакозаходи можуть мати масовий характер і здійснюватись у стислі строки із залученням усіх видів транспорту або поступово, залежно від обстановки.

Приводом для планування евакозаходів є прогнозовані рівні та дози радіації, ступені радіоактивного забруднення, концентрації або щільності хімічного зараження, які перевищують допустимі дози і можуть призвести до довгострокових або непоправних наслідків для життя і здоров'я людей.

Підставою для практичного проведення евакозаходів є фактичні показники обстановки в разі надзвичайної ситуації, рішення уряду щодо проведення евакозаходів; у невідкладних випадках рішення керівника місцевої представницької та виконавчої влади території, де сталося лихо.

Евакуаційні заходи передбачають завчасну розробку планів евакуації, підготовку зон і районів розміщення для нормальної життєдіяльності евакуйованого населення; підготовку всіх видів транспорту; створення необхід-

них структур і органів управління на період евакуації; проведення комплексу заходів для охорони громадського порядку й підтримання організованості серед населення.

Практичні евакуаційні заходи здійснюються в разі: загальної аварії на атомній електростанції; усіх видів аварій зі СДОР, наслідки яких загрожують життю і здоров'ю людей, що проживають у зоні можливого ураження; загрози катастрофічного затоплення місцевості; масових лісових і торфових пожеж, що загрожують населеним пунктам; катастрофічних землетрусів та інших геофізичних та гідрометеорологічних з тяжкими наслідками; з районів бойових дій.

Евакуйовані постійно проживають у замській зоні до особливого розпорядження.

Замська зона — це територія, розміщена за межами можливих руйнувань у містах (рис. 3.1).

В обстановці загрози населенню особливого значення набуває термін евакуації людей за межі небезпечних зон. За таких умов у мінімальний термін евакуацію можна провести комбінованим способом, який полягає у тому, що масове виведення населення з небезпечної зони пішки поєднується з вивезенням деяких категорій населення всіма видами наявного транспорту.

Транспортом вивозять рятувальні формування, робочі зміни підприємств, які продовжують виробничу діяльність у небезпечній зоні, населення, яке не може само пересуватися. Решту населення організовано виводять пішки.

Евакуація працюючого населення і членів сімей проводиться за виробничим принципом, тобто через суб'єкти господарювання. Евакуація населення, не пов'язаного з виробництвом, проводиться за територіальним принципом — за місцем проживання, через домоуправління і житлово-експлуатаційні органи. Діти евакуюються разом з батьками, але можливе вивезення їх зі школами і дитячими садками.

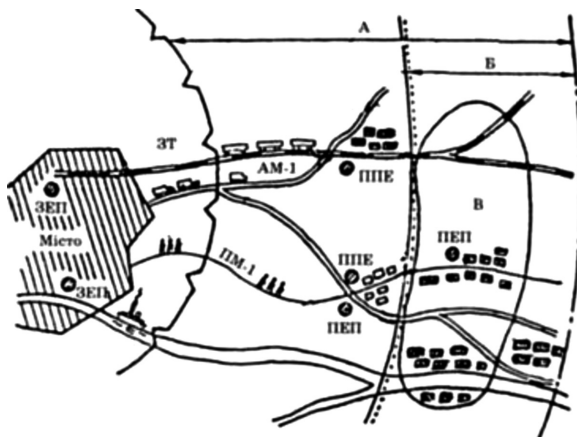


Рис. 3.1. Схема евакуації населення:

ЗЕП — збірний евакуаційний пункт; ППЕ — проміжний пункт евакуації; ПП — приймальний евакуаційний пункт; АМ-1 — автомобільний маршрут; ПМ-1 — піший маршрут; ЗТ — перевезення залізничним транспортом; А — замська зона; Б — зона евакуації; В — територія евакуації

Проведенням евакуаційних заходів займаються органи управління цивільного захисту, керівники домоуправлінь і житлово-експлуатаційних органів, а також міські й районні евакуаційні комісії.

Основним документом, який визначає обсяг, зміст, термін проведення евакуації населення, є план цивільного захисту з розділом про захист населення. На основі плану евакуації у містах, районах і на об'єктах економіки (підприємствах, організаціях і навчальних закладах) створюються евакуаційні комісії, а в сільській місцевості — евакоприймальні комісії.

До обов'язків міської, районної евакуаційної комісії міста, району входять: облік населення, установ і організацій, які підлягають евакуації; облік можливостей населених пунктів заміської зони щодо прийому і розміщення населення, установ і організацій; розподіл районів населених пунктів заміської зони між районами міста, підприємствами, установами і організаціями; облік транспортних засобів і закріплення їх за об'єктами для перевезення людей; визначення складу піших колон і маршрутів їх руху; підготовка заходів матеріального, технічного та інших видів забезпечення і евакуації; визначення терміну проведення евакуації.

Рішенням начальника об'єкта створюється об'єктова евакуаційна комісія. До її складу входять представники профспілок, відділу кадрів, начальники цехів та інших виробничих підрозділів. Очолює комісію один із заступників керівника об'єкта.

Обов'язками евакуаційної комісії є облік працюючих і членів їх сімей, які підлягають евакуації, визначення складу піших колон і уточнення маршрутів їх руху, вирішення питань транспортного забезпечення, підготовка проміжних пунктів евакуації, районів евакуації, пунктів посадки і висадки; організація зв'язку і взаємодії з районною евакуаційною комісією і збірним евакуаційним пунктом, встановлення зв'язку з евакоприймальною комісією і приймальним евакопунктом та вирішення разом з ними питань розміщення, працевлаштування, матеріального забезпечення, медичного і побутового обслуговування евакуйованого населення.

Міські евакуаційні комісії створюють збірні евакуаційні пункти (ЗЕП). Кожному ЗЕП присвоюється державний реєстраційний номер. Розміщуються ЗЕП у громадських будівлях — школах, Будинках культури та ін. Пункти збирають населення, проводять реєстрацію його, організують посадку людей на транспорт або формують піші колони і відправляють їх у заміську зону, район евакуації.

Про початок евакуації населення повідомляють на підприємствах, установах, у навчальних закладах, а також через радіотрансляційну мережу і місцеве телебачення.

Дізнавшись про початок евакуації, люди повинні негайно підготуватися до виїзду (виходу), скласти необхідні речі, засоби індивідуального захисту, медикаменти, продукти, документи і гроші. У будинку, квартирі зняти фіранки з вікон, прибрати предмети і речовини, які легко спалахують.

Речі брати з собою лише необхідні: одяг, взуття, білизну. У комплекті одягу бажано мати плащ і спортивний костюм, взуття (гумове або на гумовій основі). Обов'язково потрібно взяти теплі речі, навіть якщо евакуація проводиться влітку.

Продукти харчування (на 2–3 доби) треба брати ті, які зручно зберігати і які не потребують тривалого приготування: консерви, концентрати, сухарі тощо. Воду доцільно налити у фляжку.

Важливо не забути документи: паспорт, військовий квиток, трудову книжку або пенсійне посвідчення, диплом (атестат про закінчення навчального закладу), свідоцтва про одруження і народження дітей.

Всі речі й продукти мають бути упаковані в рюкзаки, мішки, сумки, валізи або зв'язані у вузли. При евакуації пішки їх доцільно складати в рюкзаки і речові мішки, зручні для перенесення. При розрахунку кількості речей і продуктів харчування враховують, що людині самій доведеться їх нести (при евакуації транспортом загальна маса на одну дорослу людину не повинна перевищувати 50 кг). До кожного місця обов'язково кріплять бирку із зазначенням на ній прізвища, ім'я і по батькові, адреси постійного проживання й кінцевого пункту евакуації.

Відповідно необхідно підготувати до евакуації дітей. Підбираючи одяг і взуття, слід враховувати їх захисні властивості та пору року. Для дітей до 3-х років необхідно взяти запас необхідних продуктів. Дітям дошкільного віку у внутрішню кишеню одягу, яким вони користуються, вкласти картку із зазначеними прізвищем, ім'ям і по батькові дитини, роком народження, домашньою адресою та місцем роботи батьків. Ще краще написати ці дані на клаптику білої тканини й підшити його з внутрішнього боку одягу дитини, наприклад, під коміром.

Після того як усі необхідні речі, продукти харчування і медикаменти складені, безпосередньо перед виходом з будинку чи квартири треба перевірити, чи відключені газ, електроприлади, освітлення, перекриті водопровідні крани, зачинені вікна і двері. У призначений час треба прибути з усім необхідним на ЗЕП.

Прибулі на збірний евакуаційний пункт реєструються, розподіляються за видами транспорту, ешелонами, автоколотами, а ті, що йдуть пішки, — за колотами.

Для вивезення населення використовується залізничний, авто- і водний транспорт. Використовуються не тільки пасажирські залізничні потяги, судна, а й товарні вагони і напіввагони, вантажні судна, баржі і платформи, пристосовані для перевезення, вантажні автомобілі, самоскиди, автопричепи.

Колони піших евакуйованих формують поблизу ЗЕП. Для кращої організації переходу формуються колони за цехами, факультетами (у навчальних закладах), бригадами та іншими виробничими підрозділами. Очолює колону один з керівників підрозділу.

Піші колони мають рухатися по дорогах, не зайнятих військами та евакуйованим транспортом. Для відпочинку людей передбачають привали: малий на 10–15 хв. — через кожні 1–1,5 год. руху, великий на 1–2 год. — на початку другої половини переходу за межами небезпечної зони.

Для надання медичної допомоги в дорозі на кожний залізничний ешелон, автоколоту або пішу колону виділяється медичний працівник, переважно з евакуйованих.

Для піших евакуйованих, якщо райони розміщення їх далеко, можуть організовуватися проміжні пункти евакуації (ППЕ), їх влаштовують за межами небезпечних зон, у населених пунктах, розміщених на евакуаційному маршруті, поблизу доріг. По можливості евакуйовані пересаджуються на транспорт. На маршрутах піших колон надається медична допомога в медпунктах населених пунктів, через які проходить маршрут, або організованих при колоті.

Чисельність піших колон — від 500 до 1000 осіб. Для зручності керування колоною бажано розбивати колону на групи по 50–100 осіб і на чолі групи призначити старших.

Особливу увагу звертають на дітей, не дозволяючи їм відлучатися від дорослих.

У дорозі люди повинні суворо дотримуватися встановлених правил, дисципліни, виконувати вказівки представників управління цивільного захисту, старшого у вагоні, на судні або в автомобілі й без їх дозволу не залишати транспортні засоби.

При евакуації пішки необхідно виконувати всі команди і сигнали начальника колони, дотримувати вказаного темпу руху і дистанції, бути готовими до захисту при введенні сигналів цивільного захисту. У дорозі необхідно надавати допомогу один одному, особливо хворим і тим, хто відстав. При поганому самопочутті потрібно звернутися до медичного працівника, який супроводжує колону.

Людям треба роз'яснити, що ці труднощі неминучі, що миритися з ними потрібно для збереження життя, і тому обов'язок кожного громадянина дотримуватися встановлених правил поведінки, виконувати вимоги посадових осіб і надавати їм допомогу в проведенні цих складних заходів.

Службою протирадіаційного і протихімічного захисту організується протирадіаційне і протихімічне забезпечення в умовах проведення евакуації та спостереження за радіаційною і хімічною обстановкою.

Евакуація в умовах радіоактивного забруднення чи зараження місцевості небезпечними хімічними речовинами проводиться закритим транспортом.

Вибираються найпростіші маршрути руху з найменшими рівнями радіації, концентраціями отруйних чи сильнодіючих ядовитих речовин. Виходити з приміщень до прибуття транспорту небажано. Слід суворо дотримуватися режиму радіаційного захисту.

При аваріях на підприємствах хімічної промисловості евакуйованих необхідно забезпечити індивідуальними засобами захисту.

Для організації прийому і розміщення евакуйованого населення, а також для забезпечення його всім необхідним створюються приймальні комісії і приймальні евакуаційні пункти сільських районів. Приймальні евакуаційні комісії проводять свою роботу разом зі штабами і службами управління цивільного захисту. До складу приймальної евакуаційної комісії села чи сільськогосподарського об'єкта входять відповідальні працівники державної адміністрації, представники торгівлі, громадського харчування, освіти, медичних, побутових та інших організацій.

Приймальна евакуаційна комісія району, села, об'єкта встановлює зв'язок з евакуаційною комісією і уточнює питання прийому і розміщення населення, графік руху ешелонів і автомобільних колон, чисельність людей.

Для прийому населення, що прибуває, влаштовують приймальні евакуаційні пункти (ПЕП) у школах, дитячих садках, клубах та інших громадських будівлях, бажано поблизу пунктів прибуття евакуйованого населення. На ПЕП зустрічають евакуйованих, розподіляють за населеними пунктами, надають першу медичну допомогу, розселяють людей.

Розселяють евакуйованих у будинках і квартирах місцевих жителів (порядком підселення), гуртожитках, клубах, пансіонатах та інших придатних для житла приміщеннях.

Підвали, погреби необхідно пристосувати під ПРУ.

Місцеві жителі повинні бути готові поділитися з прибулими продуктами харчування, особливо в перші дні приїзду, до того, як буде організовано їх постачання.

Місцеві органи адміністрації сільських населених пунктів, сільсько-лісогосподарських об'єктів повинні виявляти постійну турботу про евакуйоване населення, сприяти його працевлаштуванню і забезпеченню всім необхідним для проживання.

Забезпечення евакуйованих продуктами харчування і предметами першої необхідності організується через місцеві торговельні організації, мережу громадського харчування і побутового обслуговування.

Комунально-побутове обслуговування евакуйованого населення покладається на місцеві комунально-побутові установи: майстерні, перукарні, пральні, лазні. Розширити їх можна за рахунок евакуйованих.

Медичне обслуговування евакуйованих здійснюється діючими на місцях лікарнями, поліклініками, медпунктами сільської місцевості, які можуть бути додатково укомплектовані евакуйованими медичними працівниками та забезпечені засобами санітарної обробки і знезаражування.

У місцях розселення евакуйоване населення повинне суворо дотримуватися розпоряджень місцевої адміністрації, органів цивільного захисту. Його залучають до роботи в сільському господарстві, на лісогосподарському виробництві, на місцевих підприємствах і підприємствах, вивезених з небезпечної зони, які продовжують роботу в замиській зоні.

Особливості евакуації при аваріях на атомних електростанціях (АЕС) і хімічно небезпечних об'єктах. У разі аварії на АЕС передбачається евакуація населення і сільськогосподарських тварин (з 30-кілометрової зони навколо АЕС), організовується розміщення їх у безпечних районах і забезпечення всім необхідним у процесі евакуації та у місцях їхнього розселення.

При плануванні евакуації враховуються такі особливості:

розробляється кілька варіантів евакуації залежно від характеру масштабів аварій, метеоумов і можливої радіаційної обстановки;

у разі термінової евакуації збірні евакопункти не розгортаються. Евакуація міського населення проводиться за територіальним принципом, Посадка на транспортні засоби здійснюється біля під'їздів житлових будинків і захисних споруд;

населення сільської місцевості евакуюється за промислово-територіальним принципом, по сільськогосподарських кооперативах та ін. Одночасно вивозять і сільськогосподарських тварин;

на межі 30-кілометрової зони створюють контрольно-пропускні пункти з розгортанням постів дозиметричного контролю, медпунктів, пунктів санітарної обробки і проміжних пунктів (ППЕ).

Евакуація населення і частково сільськогосподарських тварин передбачається у два етапи. На першому етапі евакуйованих доставляють транспортом до контрольно-пропускних пунктів 30-кілометрової зони і висаджують. Транспорт за межі зони не виходить.

На другому етапі евакуйовані реєструються на проміжному пункті евакуації і «чистим» транспортом розвозяться у райони розселення;

передбачається максимальне залучення всіх видів транспортних засобів для вивезення евакуйованих у стислі терміни, а з пристанційних сіл — протягом 4 год.;

планується виїзд населення особистим транспортом;

розміщення евакуйованих проводять за промисловим принципом: колектив підприємства, організації з сім'ями розселяються в одному або близько розташованих населених пунктах; колективні, фермерські та інші господарства розміщують на базі відповідних господарств;

райони розміщення людей і маршрути евакуації повинні мати дублюючі варіанти на випадок небезпечної радіаційної обстановки, коли основні використовувати неможливо.

Евакуація при аваріях на хімічно небезпечних об'єктах. Евакуація полягає у вивезенні або виведенні робітників і населення, котре мешкає поблизу об'єкта, за межу осередку хімічного ураження. Зволікання з евакуацією при аваріях на хімічно небезпечних підприємствах може призвести до отруєння і загибелі людей. Якщо є захисні споруди з фільтровентиляційним обладнанням, то потрібно негайно укрити в них робітників, службовців підприємства і населення. Документом, який визначає термін і порядок проведення евакуації, є план цивільної оборони об'єкта народного господарства. Планування евакуації населення, яке мешкає поблизу хімічно небезпечного підприємства, здійснюється по кожному об'єкту.

При плануванні евакуації враховують:

небезпечні концентрації отруйних речовин можуть зберігатися до кількох діб;

незначне ушкодження людей отруйними речовинами через шкіру не потребує застосування засобів захисту шкіри при евакуації;

особливості поширення отруйних речовин.

У зв'язку зі швидким поширенням хмари сильнодіючої отруйної речовини збірні евакопункти не розгортаються.

В умовах значної відстані від місць аварії евакуацію необхідно проводити комбінованим способом. Зони хімічного зараження при аваріях з розливанням СДОР можуть мати довжину від десятків метрів до десятків кілометрів. Це залежатиме від кількості розлитої СДОР, її виду та умов зберігання, а також від швидкості вітру і вертикальної стійкості повітря. У зв'язку з цим у плані цивільної оборони повинно бути кілька варіантів відселення залежно від напрямку вітру. Маршрути евакуації вибирають перпендикулярно до поширення хмари СДОР. Розміщення евакуйованих планується в населених пунктах, що є за межею хімічного зараження, у будинках житлового сектора.

Відстань евакуації залежить від масштабу аварії і, як правило, не перевищує 15 км від зони хімічного зараження. У пунктах тимчасового відселення передбачається розгортання медпунктів, підприємств торгівлі та інших необхідних засобів.

Дії населення при проведенні евакуації. Евакуація є основним способом захисту населення при загрозі або виникненні надзвичайної ситуації.

Перед повідомленням про порядок та початок евакуації буде подано звуковий сигнал «Увага, всім!» — переривисте звучання електросирен. Почувши цей сигнал, необхідно увімкнути гучномовці радіомовлення, телевізори та вислухати повідомлення. Отримавши інформацію про надзвичайну ситуацію та рішення про проведення евакуації, населення зобов'язано негайно залишити свої квартири та власні будинки, при цьому відключити електричну мережу, газ, воду, зачини вікна і квартирки, двері і вийти на збірні евакуаційні

пункти та пункти посадки на автотранспорт або у безпечні зони, вказані в повідомленні.

Евакуація передбачається комбінованим способом, при якому основна частина населення виходить пішки. Збір населення, реєстрація та відправка колон буде проводитись на збірних евакуаційних пунктах. Люди похилого віку (чоловіки старші за 65 років, жінки старші за 60 років), вагітні жінки, жінки з дітьми до 10 років, хворі, інваліди збираються на пунктах посадки на автотранспорт.

При виході з собою взяти документи, гроші, продукти харчування та воду на три доби, постільну білизну, необхідний одяг та взуття вагою не більше 50 кг на кожного члена сім'ї, дітям дошкільного віку вкласти в кишеню або пришити до одягу записку, де зазначається прізвище, ім'я та по батькові дитини та батьків і домашню адресу. Обов'язково взяти з собою засоби індивідуального захисту (протигази, респіратори, марлеві пов'язки).

На збірних евакуаційних пунктах, пунктах посадки на автотранспорт уважно слухайте та чітко виконуйте всі розпорядження посадових осіб евакуаційних органів та органів охорони громадського порядку. Про свій збірний евакуаційний пункт та пункт посадки на автотранспорт можна дізнатися у витягу з Плану евакуації населення населеного пункту.

У безпечному місці евакуйованих приймуть і розмістять у громадських будівлях чи житлових будинках. Для евакуйованих буде організовано комунально-побутове та медичне обслуговування. Ви ж у свою чергу зобов'язані виконувати всі розпорядження приймальних евакуаційних органів та місцевих органів влади. *Висока організованість та дисципліна кожного громадянина — головне в період евакуації!*

4. ЗАХИСТ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ПІДРОЗДІЛІВ СЛУЖБИ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ ПРИ ЛІКВІДАЦІЇ НАДЗВИЧАЙНИХ СИ- ТУАЦІЙ ТА ЇХ НАСЛІДКІВ В ОСЕРЕДКАХ БІОЛОГІЧНОГО ЗАРАЖЕННЯ

На догоспітальному етапі деконтамінацію проводять підрозділи аварійно-рятувальної служби ДСНС України, дії яких регламентовані наказами МНС України від 07.08.2009 № 551 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо режимів робіт особового складу підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту у засобах індивідуального захисту у зонах хімічного та радіоактивного забруднення» та від 12.10.2009 № 686 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації заходів біологічного захисту особового складу підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту при ліквідації надзвичайних ситуацій та їх наслідків в осередках біологічного ураження».

На місці НС умовно виділяють зону забруднення, зону проведення деконтамінації та зону підтримки.

Деконтамінація проводиться за межами забрудненої зони, після її проведення постраждалих санітарним транспортом евакуюють до лікувальних закладів. Черговість госпіталізації постраждалих при масових ураженнях визначається після проведення медичного сортування.

На ранньому госпітальному етапі медичні працівники проводять деконтамінацію постраждалих, які доставлені санітарним транспортом або звернулись по допомогу самостійно. Якщо в лікувальному закладі є відділення

невідкладної (екстреної) медичної допомоги, деконтамінацію проводять у спеціальних приміщеннях, що мають окремий вхід та необхідне обладнання.

За умови масового надходження контамінованих постраждалих додатково повинні розгортатись деконтамінаційні системи. Ці системи можуть бути мобільними (намети) або стаціонарними. Рішення щодо вибору типу системи деконтамінації визначається територіальною доступністю, вартістю, кількістю постраждалих та потребами в мобільності цієї системи.

Лікувальні заклади повинні бути готовими до надходження контамінованих постраждалих та мати розроблені плани заходів з проведення деконтамінації та утилізації відходів.

Відповідно до схеми проведення деконтамінації на ранньому госпітальному етапі при масовому надходженні контамінованих постраждалих до лікувального закладу та використанні додаткових систем деконтамінації здійснюється таке:

а) Перед зоною деконтамінації розміщується розподільний пост, де працює лікар або фельдшер, який проводить розподіл постраждалих на дві групи: стабільні та нестабільні.

Територія перед зоною деконтамінації повинна контролюватись від потрапляння сторонніх осіб.

б) Стабільні постраждалі спрямовуються до зони деконтамінації. Група повинна бути розподілена на два потоки — жінки та чоловіки, для яких забезпечується два окремі деконтамінаційні коридори. Деконтамінація проводиться в такій послідовності: зняття забрудненого одягу, який складається в окремі пластикові пакети, що щільно зав'язуються та залишаються в цій зоні; душові — приймання душу з миючими засобами (мило, гель тощо) протягом 3–5 хв.; одягання чистої білизни; спостереження — спрямування постраждалих у зону очікування, яка може бути в приміщенні ЛПЗ чи на тимчасово обладнаних майданчиках.

Деконтамінація може проводитись постраждалими самостійно або за мінімальної допомоги медичного персоналу. Для медичного персоналу в зонах зняття забрудненого одягу та душевих рекомендовано використовувати захисний одяг рівня С. У зонах чистого одягу та спостереження — захисний одяг рівня D.

З урахуванням, що постраждалим може бути необхідна психологічна допомога, а також не виключено погіршення їх стану здоров'я — медичний персонал, який працює в цій зоні, повинен мати навички проведення медичного сортування та надання екстреної медичної допомоги.

в) Нестабільні постраждалі спрямовуються в окрему зону, де перед проведенням деконтамінації надають у разі потреби екстрену медичну допомогу — відновлення прохідності дихальних шляхів, інтубація, проведення штучного дихання, зупинка зовнішньої кровотечі та інше. Надалі деконтамінація проводиться за схемою та з використанням захисного одягу персоналом, наведеними в абзаці б).

Після деконтамінації постраждалі госпіталізуються до відділень невідкладної (екстреної) медичної допомоги або інших відділень лікарні для подальшого лікування. У відділеннях лікувального закладу рекомендується використовувати захисний одяг рівня D, оскільки постраждалі госпіталізуються тільки після деконтамінації.

г) Планування заходів з проведення деконтамінації.

При плануванні проведення деконтамінації постраждалих при масових випадках, незалежно від забруднюючого чинника, слід вирішити такі питання: пристосування системи деконтамінації до потреб постраждалих; утилізація стічної води та медичних відходів; розміщення деконтамінаційної системи.

У міжнародній практиці на ранньому госпітальному етапі для деконтамінації використовують стаціонарні та мобільні деконтамінаційні системи. У мобільній системі можна проводити деконтамінацію 25–75 постраждалих на годину. Мобільні системи є дешевшими, ніж вбудовані стаціонарні, але потребують більшого часу на розгортання та підготовку до роботи. Системи можуть бути модульного або відкритого типу. При модульному типі проводять деконтамінацію кожного постраждалого окремо. Незручністю є те, що постраждалих не може рухатись далі по модулю, доки не звільниться наступний модуль. Відкритий тип забезпечує максимальну пропускну спроможність.

Багато моделей мобільного типу оснащено дренажем та резервуаром для збирання стічної води. Моделі стаціонарного типу потребують встановлення піддонного резервуару для стічної води. Необхідно визначитись, як довго деконтамінаційна система може працювати на повну потужність, враховуючи заповнення резервуару. Стічні води після проведення масової деконтамінації можуть становити загрозу вторинного забруднення.

Медичні відходи відокремлюються від твердих відходів і підлягають спеціальній утилізації. Рекомендується розміщувати будь-які контаміновані гострі предмети (голки, скальпелі тощо) у твердих ємкостях (закриті пластикові контейнери, футляри для голів тощо).

При розміщенні деконтамінаційних систем необхідно унеможливити контакт деконтамінованих та контамінованих постраждалих.

У разі поодинокого надходження контамінованих постраждалих до лікувального закладу проведення деконтамінації проводиться в боксованому приміщенні інфекційного відділення, в ізольованому боксованому приміщенні, яке облаштовується в структурі відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги відповідно до п. 3 Положення про відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 01.06.2009 № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», зареєстрованому в Міністерстві юстиції України 14.09.2009 за № 863/16879.

Для проведення деконтамінації може використовуватись як окреме приміщення, так і група кімнат залежно від потужності ЛПЗ та проектування відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги. У зоні деконтамінації персонал повинен працювати в захисному одязі рівня С (незалежно від контамінуючого агента) або протичумному костюмі. Після проведення деконтамінації постраждалих вважається безпечним для персоналу — допускається робота в захисному одязі рівня D.

Персонал відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги повинен: чітко знати та виконувати свої функціональні обов'язки щодо роботи у разі надходження контамінованих постраждалих, особливо в умовах НС;

вміти користуватись та мати вільний доступ до засобів індивідуального захисту, засобів деконтамінації, антидотів, протирадіаційних засобів, засобів реанімації та інтенсивної терапії;

заздалегідь визначений персонал повинен мати навички користування та вільний доступ до засобів радіаційного та хімічного контролю.

У зоні душових та одягання чистого одягу виділяються окремі місця для деконтамінації персоналу після закінчення роботи.

Рекомендації щодо проведення само- та взаємодеконтамінації. Необхідно дотримуватись такого алгоритму дій:

1. негайно покиньте зону дії небезпечної речовини. Захистіть дихальні шляхи від вдихання диму чи пилу. Якщо засоби захисту органів дихання відсутні або недоступні, волога тканина, якою прикривають ніс та рот, у деякій мірі може стати захисним бар'єром. Негайно пройдіть до спеціально призначеної зони деконтамінації, якщо вона поруч і готова приймати постраждалих. Якщо немає можливості провести деконтамінацію організовано, ви повинні використати доступні ресурси для самостійної деконтамінації.

2. Зніміть з себе весь одяг та повністю вимийтесь водою з милом. Якщо мила в даний момент немає, використовуйте таку кількість води, яка необхідна для того, щоб змити будь-які забруднення шкіри.

3. Якщо вода також на даний момент недоступна, спробуйте видалити з вашого тіла будь-яку рідину, аерозоль чи частини забруднювача.

Примітка: не намагайтесь дуже розтирати вашу шкіру водою і скрабом. Це тільки збільшить вірогідність дії небезпечного чинника на ваш організм.

4. Інші «вхідні ворота» для проникнення шкідливих речовин — очі, рот та ніс. Вимийте ці частини тіла рясно водою. Уникайте прийняття їжі, пиття та куріння в забрудненій зоні.

5. Не торкайтесь забрудненого одягу та не намагайтесь вдягти його знов. Запакуйте його в пластиковий пакет, якщо є така можливість. Тримайте цей пакет подалі від людей.

Зовнішня контамінація радіоактивними чинниками виникає за наявності радіоактивних речовин на шкірі або одязі, у тому числі через пил чи бруд.

Внутрішня контамінація виникає при надходженні радіоактивних речовин до організму людини (через повітря, їжу, відкриті рани).

При контамінації радіоактивними чинниками необхідно пам'ятати:

контамінована людина продовжує сама отримувати радіоактивне випромінювання та стає джерелом поширення радіоактивного чинника;

видалення контамінованого одягу і миття шкіри постраждалого може зменшити зовнішню контамінацію більше ніж на 90 %;

екстрену медичну допомогу надають постраждалим з клінічними проявами первинної реакції на гостре опромінення, оскільки розвиток гострої променевої хвороби відтермінований у часі;

важливим моментом у лікуванні комбінованих радіаційних уражень є першочергове лікування звичайних серйозних супутніх пошкоджень (опіки та травми) до початку розвитку гострої променевої хвороби;

стандартні запобіжні заходи (маска, бахіли, рукавички, халат та захист очей) здатні захистити персонал від вторинного забруднення при роботі з контамінованими постраждалими.

Особливості проведення деконтамінації при радіаційному забрудненні. Мета деконтамінації — максимально зменшити рівень радіації, яку викликає контамінація радіоактивним чинником. Коли рівень радіації вже не зменшується — деконтамінацію припиняють.

Зовнішня деконтамінація вимагає максимального видалення радіоактивних речовин з поверхні тіла. Найбільш практичний і ефективний шлях їх видалення — використання теплої води з милом. При потрапленні раді-

оактивних речовин до шлунку, проводять його промивання чистою водою з ентеросорбентами (якщо вони є).

При деконтамінації постраждалого важливо враховувати, що деякі радіоактивні речовини можуть призводити також до хімічних ушкоджень при надходженні в організм у вигляді кислот, свинцевих сполук тощо.

У цілому деконтамінацію слід починати з очищення шкіри і ран, а також отворів тіла, що необхідно для запобігання внутрішньому забрудненню та зменшення дози, яку випромінює постраждалий на інші частини тіла.

При проведенні деконтамінації мають бути визначені:

вид та обсяг медичної допомоги, яких потребує постраждалий;

тяжкість і масштаб контамінації;

наявність ран.

Проте не завжди, навіть при найретельнішій обробці, можна видалити всі радіоактивні речовини, що є на шкірі.

Деконтамінацію слід починати з використання менш агресивних методів очищення для того, щоб звести до мінімуму ризик механічних, хімічних або термічних пошкоджень шкіри. Найпростішим методом деконтамінації є промивання контамінованої поверхні слабким струменем води при одночасному застосуванні хірургічної губки. Вода має бути теплою, оскільки гаряча вода відкриває пори шкіри, що сприяє абсорбції радіоактивних речовин через шкіру, холодна вода — закриває пори, де можуть залишитись радіоактивні речовини. Якщо миття простою водою з губкою неефективне, доцільно застосувати м'яке мило. Уражене місце рекомендується 3–4 хв. обережно терти губкою з милом, а потім промивати водою протягом 2–3 хв. і в разі потреби повторити. Необхідність повторення обумовлена радіаційним контролем, який слід проводити після кожної серії процедур миття.

Ефективним засобом для проведення деконтамінації є також гідрокарбонат натрію (сода), розчинений у воді у співвідношенні 1:10.

Більш агресивні способи деконтамінації шкіри припускають видалення частини епітелію, для чого можливо використовувати дуже тонкий наждачний папір (для деконтамінації ступень і долонь).

Коли рівень контамінації не вдається зменшити, процедури деконтамінації припиняють.

Волоссяні покрови рекомендується промити кілька разів шампунем і потім прополоскати в 3% розчині лимонної кислоти. Коли неможлива деконтамінація в такий спосіб, волосся слід обстригти. Голити його не рекомендують, оскільки можливі при цьому дрібні порізи і подразнення шкіри можуть викликати внутрішню контамінацію. Під час миття голови слід уникати потрапляння води в очі, вуха, рот та ніс.

Використану воду утилізують відповідно до п. 3.2 СанПіН № 42-129-11-3938-85 «Санитарные правила обращения с радиоактивными отходами».

Перед направленням постраждалого з приймального до стаціонарного відділення ЛПЗ проводиться ще один огляд і радіаційний контроль результату проведеної деконтамінації. Усі процедури, які були здійснені в приймальному відділенні, фіксуються у медичній документації.

Постраждалого можна переводити до стаціонарного відділення після проведення заключного радіаційного контролю.

Передача постраждалого з приймального відділення до стаціонарного відділення здійснюється «чистим» персоналом, який не брав участі в пер-

винному огляді та проведенні деконтамінації. Для переміщення постраждалого використовується «чиста» від контамінації каталка.

Ознаки, які характерні при використанні біологічних агентів:

усні або письмові прогнози, заяви терористів про використання збудника та їх відповідальність за вчинене або висунення відповідних вимог;

підозрілий вибух, що викликав невелику вибухову хвилю або полум'я;

незаплановане або несанкціоноване обприскування, що поширюється (розсіюється) над місцевістю, або виявлення покинутих засобів розбризкування;

покинуті лабораторні контейнери зі специфічним маркуванням або незвичні ємності;

незвичні рої комах;

поширення за напрямком вітру;

незвична кількість хворих або помираючих людей, або тварин;

потреба у координації та спрямованості дій всіх уповноважених структур.

Рекомендовані першочергові заходи безпеки в осередку та персо-

нальний захист:

наближатися з навітряного боку, згори, за течією;

перебувати з навітряного боку;

повідомити про випадок керівництво, уповноваженні організації, санітарно-епідеміологічну службу (екстрене повідомлення);

зведення часу контакту з невідомою речовиною до мінімуму;

використання костюма протихімічного захисту або протичумного костюма, особливо при відповідному забруднику;

організація роботи з виявлення хворих;

організація первинної ізоляції хворих;

проведення загальної екстреної профілактики до визначення забрудника (надання невідкладної медичної допомоги за протоколом АВС, симптоматична терапія);

проведення карантинних та обмежувальних заходів, заборона вживання харчових продуктів та питної води без їх санітарної експертизи;

виявлення, обстеження, ізоляція та спостереження за контактними;

проведення дезінфекції (знеураження 5 % розчином хлорного вапна), дезінсекції та дератизації;

дотримання заходів особистої гігієни.

Існує чотири ключові моменти, які необхідно пам'ятати при забрудненні біологічними агентами:

збудники інфекційних хвороб потрапляють в організм найчастіше інгаляційним шляхом;

уникнення вдихання біологічних агентів є критично важливим. Там, де є ризик ураження біологічним агентом повітряно-дихальним шляхом, необхідно носити при собі маску-респіратор;

деконтамінація, яка проводиться особам, щойно забрудненим біологічними агентами, дозволяє видалити агенти, які передаються при контакті зі шкірою та повітряно-крапельним шляхом при диханні;

від моменту застосування біологічного агента до появи симптомів у постраждалих проходить звичайно кілька днів або тижнів, тому віддалена в часі деконтамінація вважається неефективною. У деяких випадках її можна рекомендувати проводити для запобігання поширенню хвороби.

Рекомендації щодо дотримання правил безпеки при роботі в зоні біологічного зараження. До робіт з ліквідації НС та їх наслідків у зоні біологічного зараження допускається тільки особовий склад, який не має медичних протипоказань і скарг на погіршення стану здоров'я.

Під час виконання аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт в осередках біологічного ураження особовим складом необхідно дотримуватись правил безпеки, спрямованих на запобігання зараженню біологічними патогенними агентами (БПА) як особисто себе, так і інших рятувальників.

На весь період робіт у зоні біологічного ураження кожен рятувальник забезпечується особистим комплектом (у разі потреби кількома комплектами) засобів індивідуального захисту (ЗІЗ).

Рятувальники зобов'язані застосовувати ЗІЗ лише за призначенням згідно з інструкціями щодо їх експлуатації.

Кожен рятувальник щоденно перевіряє справність власного захисного одягу та працездатність засобів індивідуального захисту органів дихання. У разі потреби надається взаємодопомога у перевірці справності захисного одягу.

Під час роботи в ЗІЗ ізолюючого типу (комплект Л-1, загальновійсько-вий захисний комплект (ЗЗК) у вигляді комбінезона) особовий склад повинен суворо дотримуватися фізіологічних термінів перебування в цьому типу одягу.

Рятувальникам категорично забороняється перебувати у спеціальному одязі поза межами зони біологічного ураження, а також зберігати його в побутових приміщеннях, не пристосованих для його зберігання, а також у житлових приміщеннях.

У разі проявів симптомів інфекційного захворювання у рятувальника, який бере участь у ліквідації НС та її наслідків у зоні біологічного ураження, спеціальний одяг, взуття та інші ЗІЗ, якими він користувався, та приміщення, де вони зберігались, підлягають заключній дезінфекції.

ЗІЗ одягаються поза осередком біологічного ураження.

Зняття захисного одягу здійснюється на пункті спеціальної обробки (ПСО), розташованому на межі зони біологічного ураження. Пункт розгортається на рівному, не забрудненому місці або у приміщенні, яке забезпечує прохід особового складу наскрізь.

Перед прибуттям особового складу для роботи в осередку біологічного ураження спеціально визначені особи підготовлюють необхідні засоби для проведення дезінфекції ЗІЗ та санітарної обробки особового складу.

На весь період перебування рятувальників в осередку біологічного ураження поблизу ПСО організовується чергування медичного працівника із спеціальною укладкою для надання ЕМД та проведення загальної екстреної профілактики можливого біологічного ураження.

Після закінчення робіт в осередку біологічного ураження за вказівкою керівника підрозділу рятувальники збираються на ПСО для зняття захисного одягу.

Перед входом до ПСО на межі із зоною ураження обладнується дезінфекційний бар'єр у вигляді великої, але не високої ємності, в яку на рівні 5–10 см наливається дезінфікуючий розчин (тип дезінфектанту та його концентрація залежить від виду БПА). Завчасно готуються спеціальні квачі

(ганчір'я, закріплене на держаку) для обробки взуття. Кожен рятувальник повинен виходити із зони ураження тільки після обробки взуття у дезінфекційному розчині.

При плануванні заходів з ліквідації НС, пов'язаної з роботою особового складу в зонах біологічного ураження, обов'язково повинно бути вирішено питання про проведення повної санітарної обробки рятувальників. Для цього необхідно передбачити можливість розгортання дезінфекційно-душової техніки (автомобіля, причепа), або використання наявних лазень.

Гігієнічне миття особового складу, залученого до ліквідації НС та її наслідків, рекомендовано здійснювати кожен день протягом всього періоду перебування особового складу в зоні біологічного ураження. Зміну верхнього одягу та білизни рекомендовано проводити через кожні 2 дні.

Дезінфекція одягу здійснюється так:

1 спосіб — майно замочується на 6–8 год. у 3 % розчині мила із содою, піддається кип'ятінню протягом 15 хв., ополіскується в проточній воді та просушується.

2 спосіб — проведення камерної дезінфекції у ДДУ за режимом відповідно до виду застосованого небезпечного біологічного агента.

Для захисту особового складу від біологічного ураження може застосовуватися також захисний одяг одноразового використання. Для індивідуального захисту особового складу при ліквідації НС та їх наслідків в осередках біологічного ураження у разі потреби можуть застосовуватися і протичумні костюми першого типу, якщо не визначено збудник інфекційного захворювання.

Протичумний костюм забезпечує захист рятувальників від ураження БПА в усіх випадках підозри на карантинні та інші особливо небезпечні інфекційні хвороби. Він захищає від зараження при всіх основних механізмах передачі збудників інфекційних захворювань — повітряно-крапельному, контактному та при укусах комах-кровососів.

При пошкодженні засобів індивідуального захисту під час роботи особового складу в зоні біологічного зараження може виникнути так звана аварійна ситуація, коли на шкіру та/або слизові оболонки очей, рота, носа можуть потрапити БПА і призвести до можливого біологічного зараження та викликати інфекційні захворювання.

У разі пошкодження ЗІЗ рятувальник повинен повідомити про цей випадок керівника аварійно-рятувальних робіт і негайно вийти із зони біологічного ураження, де у встановленому порядку зняти захисний одяг та пройти часткову санітарну обробку. Надалі здійснюється повна санітарна обробка із зміною верхнього одягу та натільної білизни.

За рішенням медичного працівника та під його безпосереднім керівництвом здійснюється курс загальної екстреної профілактики, після чого рятувальник у супроводі медичного працівника направляється до ЛПЗ для консультації.

Порядок зняття комплектів засобів індивідуального захисту (типу Л-1 та загальновійськового захисного комплексу). **Після виходу з осередку біологічного зараження на майданчик для зняття захисного одягу та дезінфекції взуття рятувальник:**

ретельно обробляє дезінфікуючим розчином зовнішню поверхню засобів індивідуального захисту. Для цього можна використовувати розпилювачі

дезінфектантів або ганчірки. Потім захисний одяг обробляється 0,3% розчином мила з кальцинованою содою (250 г мила та 50 г кальцинованої соди на 10 л води) та миється чистою водою;

стоячи обличчям за напрямком вітру, знімає захисний одяг, не знімаючи засобів захисту органів дихання та рукавичок. Розвішує комплект для висихання. Після висихання захисний одяг переноситься або в приміщення для зберігання, або на майданчик перед входом до зони ураження. Миє руки в дезінфікуючому розчині;

повернувшись спиною до напрямку вітру, зачіплює великими пальцями рук засоби захисту органів дихання та рухом вгору знімає їх. Знімає окуляри, якщо працював у респіраторі;

здійснює дезінфекцію протигазу. Зовнішня поверхня протигазової маски обробляється розчином мила з содою, потім ополіскується чистою водою. Внутрішня поверхня протигазової маски дезінфікується шляхом протирання ватно-марлевым тампоном, який змочений 0,5% розчином перманганату калію або 40%–60% спиртом етиловим. Після обробки протигаз викладається для сушіння. Протигазова коробка після обробки зовні підлягає знищенню;

дезінфікує рукавички та знімає їх. Миє руки дезінфікуючим розчином, потім теплою водою з милом. Виходить з майданчика.

Порядок одягання та зняття захисного одягу одноразового використання. Захисний одяг одноразового використання одягається зверху на повсякденний робочий костюм (літній або зимовий залежно від пори року) та взуття в такій послідовності:

а) одягніть комбінезон. Взьйте «черевики», а потім одягніть комбінезон знизу вгору. Застебніть його спереду застібною «блискавкою»;

б) взьйте бахіли. Вони повинні покривати «черевики» комбінезона для забезпечення ще одного шару захисту взуття від забруднення збудниками інфекції;

в) одягніть респіратор. Піднесіть респіратор до підборіддя заглибленням для носа згори. Підтримуючи його біля підборіддя, натягніть через голову нижній пасок та розташуйте його навколо шиї нижче вух. Потім натягніть через голову верхній пасок та розташуйте його зверху на задній частині голови. Візьміться кінчиками пальців обох рук за металевий клапан. Проведіть двома пальцями по обох боках клапана для пристосування його форми до форми носа.

Зробіть тести для перевірки підгонки респіратора:

1. Позитивний тест. Зробіть швидкий видих. У просторі між респіратором та обличчям утворюється збільшений тиск повітря. Якщо маску підігнано добре, вона на мить відійде від обличчя та одразу повернеться назад. При негативному результаті маска залишиться нерухомою. Перевірте підгонку респіратора та повторіть тест.

2. Негативний тест. Зробіть швидкий вдих. Якщо респіратор підігнано правильно, негативний тиск притисне його до обличчя. Якщо цього не сталося, перевірте підгонку маски та ще раз повторіть тест;

г) одягніть захисні окуляри. Пасок окулярів регулюється і надає можливості надійно захистити очі від забруднення. Якщо ви користуєтесь звичайними окулярами, то захисні одягаються поверх них;

г') одягніть фартух. Він одягається поверх комбінезона через голову та зав'язується ззаду;

д) одягніть внутрішні гумові рукавички. Вони звичайно білого кольору або прозорі.

е) одягніть зовнішні гумові рукавички. Вони відрізняються від внутрішніх кольором та товщиною. Натягніть краї рукавичок поверх рукавів комбінезона або одягу, якщо це можливо.

Зняття захисного одягу здійснюється на спеціальному майданчику. Доцільно поряд з майданчиком розгорнути місце для утилізації використаного спеціального одягу (печі або ями). На майданчику повинні бути ємності з дезінфікуючими засобами, ганчірки та ємності (мішки) для збирання використаного захисного одягу (відходів).

Зняття захисного одягу здійснюється у такій послідовності:

а) продезінфікуйте зовнішні рукавички, потім бахіли. Для дезінфекції можна використовувати дезінфікуючі засоби, приготовлені на місці роботи або бактерицидні серветки з комплекту захисного одягу. Серветки з комплекту покладіть у ємність для збирання відходів;

б) зніміть фартух та покладіть у ємність для збирання відходів;

в) зніміть бахіли та покладіть у ємність для збирання відходів;

г) зніміть зовнішні рукавички та покладіть у ємність для збирання відходів;

г) розстебніть «блискавку» комбінезона і зніміть його, для чого опустіть його вниз, виверніть внутрішньою поверхнею назовні та вийдіть з нього. Покладіть комбінезон у ємність для збирання відходів;

д) зніміть захисні окуляри, стягнувши їх угору через голову. Тримайте їх за пасок. Покладіть у ємність для збирання відходів;

е) зніміть респіратор, взявши його за верхні та нижні паски, стягнувши його вгору через голову. Покладіть його у ємність для збирання відходів;

ж) зніміть внутрішні рукавички. Візьміть рукавичку біля манжети і стягніть її частково, вивернувши навиворіт. Щоб не торкатися незахищеною рукою зовнішнього боку рукавичок, не знімайте її повністю, доки не знімете другу рукавичку. Тримавши першу рукавичку на пальцях, візьміть другу рукавичку біля манжети і також стягніть її частково. Зніміть обидві рукавички одночасно, ні в якому разі не торкаючись до їх зовнішньої поверхні руками та уникаючи розбризкування. Покладіть їх у ємність для збирання відходів;

з) закрийте ємність (зав'яжіть мішок) з відходами;

і) продезінфікуйте руки і ретельно помийте їх теплою водою з милом.

Ретельно дезінфікуйте руки після знімання кожного елемента одягу та взуття.

Придбання захисного одягу одноразового використання здійснюється у суб'єктів господарювання, які виробляють та/або реалізують продукцію відповідно до чинного законодавства, за умови, що ЗІЗ, які закуповують, мають позитивний висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи, сертифікат відповідності чи свідоцтво про визнання відповідності, що задовольняють вимоги Технічного регламенту з підтвердження відповідності засобів індивідуального захисту, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27.08.2008 № 761.

Види протичумних костюмів. Порядок їх одягання та зняття. Залежно від характеру виконуваної роботи та виду БПА користуються такими типами протичумних костюмів:

а) перший тип — повний захисний костюм, який складається із комбінезона

або піжами, каптура (великої косинки), протичумного халата, ватно-марлевої маски (протипилового респіратора), окулярів-консервів, гумових рукавиць, шкарпеток (панчіх), гумових або кирзових чобіт і рушника.

Для проведення дезінфекції або інших аварійно-рятувальних робіт в осередку особливо небезпечних інфекцій необхідні додатково друга пара рукавиць, цератовий фартух, нарукавники;

б) другий тип — захисний костюм, що має комбінезон або піжаму, протичумний халат, каптур (велика косинка), ватно-марлеву маску, гумові рукавиці, шкарпетки (панчохи), гумові або кирзові чоботи, рушник;

в) третій тип — складається з піжами, протичумного халата, великої косинки, гумових рукавиць, шкарпеток, глибоких калош, рушника;

г) четвертий тип — піжама, хірургічний халат, шапочка або мала косинка, шкарпетки, тапочки (або туфлі).

Бажано, щоб комплекти захисного одягу були індивідуальними, підібраними за розмірами.

Тривалість роботи у костюмі першого типу не повинна перевищувати 3 год., а у спекотний час — 2 год., потім необхідна перерва на годину.

Порядок одягання протичумного костюма. Костюм одягають перед входом до осередку біологічного ураження. Одягати костюм потрібно не поспішаючи, дотримуючись послідовності.

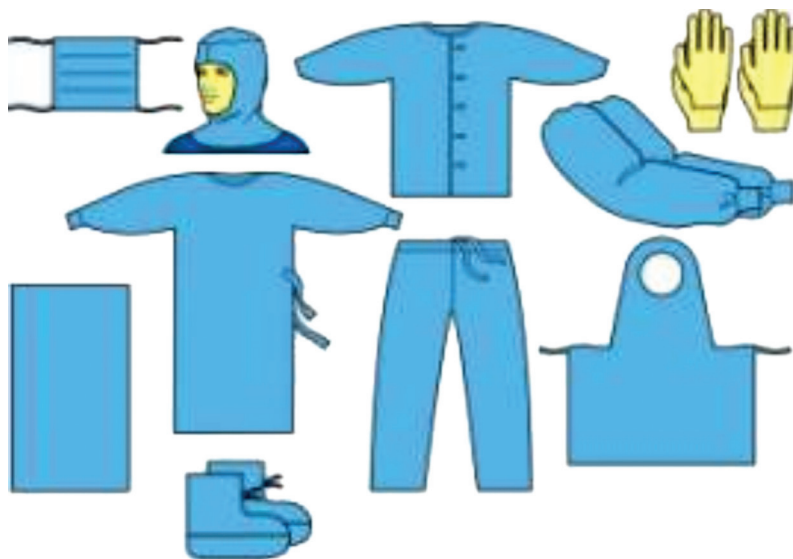


Рис. 4.1. Протичумний костюм

Порядок одягання: комбінезон (піжама), шкарпетки (панчохи), чоботи (калоші), каптур (велика косинка) і протичумний халат, тасьму на комір халата, а також пояс халата зав'язують, спереду на лівому боці, петлею.

Респіратор-маску одягають на обличчя так, щоб закрити рот і ніс. Верхній край маски повинен бути на рівні нижньої частини орбіт, а нижній — заходити

за підборіддя. Верхня тасьма маски зав'язується петлею на потилиці, нижня — на голові. Після надівання респіратора по боках крил носа закладають ватні тампони.

Захисні окуляри повинні щільно прилягати до каптура або косинки, їх слід натерти спеціальним олівцем або сухим милом для запобігання потінню скла. У місцях можливої фільтрації повітря закладають ватні тампони. Потім надівають гумові рукавички, перевіряючи їх перед одяганням на цілість. За пояс халата, з правого боку, закладають рушник.

Порядок зняття протичумного костюма. Захисний костюм знімають після роботи за межами осередку, де були інфіковані об'єкти.

Порядок знеураження костюма. Для знеураження костюма необхідно мати:

- таз із дезрозчином для знеураження зовнішньої поверхні чобіт чи калош (1–3 % розчин хлораміну, 3 % розчин перекису водню з 0,5 % розчином мийного засобу;

- емність із дезрозчином для дезінфекції рук у рукавичках (0,5–1 % хлорамін);
- емність із 70 % етиловим спиртом для знеураження окулярів та фонендоскопу;

- емність із дезрозчином або мильною водою для знеураження ватно-марлевих масок (1–3 % розчин хлораміну, в останньому випадку — кип'ятіння 30 хв.);

- бак із дезрозчином для знеураження халата, косинки (каптура) і рушника (1–3 % розчин хлораміну);

- емність для знеураження рукавичок (1–3 % хлорамін).

У разі, коли знеураження проводиться автоклавуванням, кип'ятінням, або в дезкамері, знятий одяг поміщають відповідно в баки, бікси або мішки, попередньо змочені в дезрозчині.

Знімають костюм повільно, не поспішаючи, протягом 1–2 хв. миють руки в рукавичках; повільно витягують рушник; фартух протирають ватним тампоном, добре змоченим у дезрозчині, і знімають так, щоб зовнішній бік був усередині; знімають нарукавники і другу пару рукавиць; чоботи (калоші) протирають ганчіркою чи ватним квачем, змоченим у дезрозчині (для кожного чобота, калоші — нові); не торкаючись відкритих частин шкіри, у суворій послідовності знімають окуляри, ватно-марлеву маску; розв'язують зав'язки коміра халата, пояс і, згорнувши верхній край рукавичок, розв'язують зав'язки рукавів та знімають халат. Знімають косинку, загортаючи її зовнішній бік всередину, обережно збирають кінці косинки в одну руку на потилиці; знімають рукавички і перевіряють їх цілість дезрозчином (не повітрям), потім ще раз обмивають чоботи (калоші) в дезрозчині і знімають їх.

До уваги! Після зняття кожного елемента костюма руки в рукавичках занурюють у дезрозчин.

Після зняття захисного костюма руки оброблюють 70 % етиловим спиртом та ретельно миють у теплій воді з милом. Рекомендується прийняти душ.

Захисний одяг після кожного застосування знезаражують автоклавуванням (1 атм., 30 хв.), замочують у 3 % розчині хлораміну протягом 2 годин, кип'ятять у 2 % розчині соди (30 хв.).

Порядок дій при пошкодженні засобів індивідуального захисту. При пошкодженні засобів індивідуального захисту в осередку з аерозольним поширенням збудника чуми відкриті частини тіла оброблюють дезінфекційним

розчином (1 % розчином хлораміну) або 70 % етиловим спиртом. Рот та горло полощуть 70 % етиловим спиртом, у ніс капають 1 % розчин протарголу. В очі та ніс капають розчин одного з антибіотиків:

стрептоміцину: концентрація — 25 мг/л (вміст флакона (0,5 г) розчинити в 20 мл дистильованої води);

гентаміцину: концентрація — 4 мг/л (вміст флакона (0,08 г) розчинити в 20 мл дистильованої води);

сизоміцину: концентрація — 5 мг/л (вміст ампули (2 мл = 100 мг) розчинити в 18 мл дистильованої води);

тобраміцину: концентрація — 4 мг/л (вміст ампули (2 мл = 80 мг) розчинити в 20 мл дистильованої води);

амікацину: концентрація — 4 мг/л (вміст флакона (2 мл = 0,5 г/мл) розчинити в 123 мл дистильованої води);

ампіциліну: концентрація 15 мг/л (вміст флакона (500 мг) розчинити в 33,2 мл дистильованої води).

При пошкодженні засобів індивідуального захисту в осередку інших небезпечних та особливо небезпечних інфекційних захворювань слизові оболонки рота, носа обробляють 0,05 % розчином перманганату калію, очі промивають 1 % розчином борної кислоти або закапують в очі кілька крапель 1 % розчину азотнокислого срібла, у ніс — 1 % розчин протарголу. Рот та горло додатково промивають 70 % етиловим спиртом або 0,05 % розчином перманганату калію, або 1 % розчином борної кислоти.

За відсутності вказаних препаратів або при алергії на них слизові оболонки щедро промиваються водою.

При пошкодженні засобів індивідуального захисту, які пов'язані з пораненням шкірних покривів і слизової оболонки, з рани видавлюються краплі крові і на місце поранення на 3–5 хв. накладається ватний тампон, змочений дезінфекційним засобом.

Література

1. Безпека життєдіяльності в умовах надзвичайних ситуацій: Конспект лекцій для студентів усіх спец. ден. та заоч. форм навчання. / П. С. Влох, Ф. Г. Ледовський, К. О. Рудяк; Київ. нац. ун-т буд-ва і архіт. — К., — 2005. — 79 с.
2. Довідник з медичної допомоги на догоспітальному етапі (за редакцією І. С. Зозулі). — Київ: Здоров'я, 2005. — 457 с.
3. Домедична допомога (алгоритми, маніпуляції): Методичний посібник / В. О. Крилюк, В. Д. Юрченко, А. А. Гудима та ін. — К.: НВП «Інтерсервіс», 2014. — 84 с.
4. Ковальчук Л. Я., Гнатів В. В., Бех М. Д та ін. Анестезіологія реанімація та інтенсивна терапія невідкладних станів. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. — 324 с.
5. Кочін І. В. із співавторами. Охорона праці та безпека життєдіяльності населення у надзвичайних ситуаціях. — К.: Здоров'я, 2005. — 432 с.
6. Основи виживання: заходи, що забезпечують життєдіяльність в умовах автономного існування при надзвичайних ситуаціях. Навчальний посібник / Гур'єв С. О., Миронець С. М., Рошнін Г. Г., Іскра Н. І., Кузьмін В. Ю., Падалка В. М., Терент'єва А. В., Мазуренко О. В., Олексенко І.І. — К.: ІДУЦЗ УЦЗУ, УНПЦЕМД та МК МОЗ України, 2009. — 209 с.
7. Сафар П. Сердечно-легочно-мозкова реанімація / Пер. с англ. — М.: Медицина, 2004. — 120 с.

Нормативна база:

1. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 № 5081-VI.

2. Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII (зі змінами і доповненнями).

3. Кодекс цивільного захисту України від 02.10.2012 № 5403-VI.

4. Наказ МНС України від 07.08.2009 р. № 551 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо режимів робіт особового складу підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту у засобах індивідуального захисту у зонах хімічного та радіоактивного забруднення».

5. Наказ МНС України від 12.10.2009 № 686 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо організації заходів біологічного захисту особового складу підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту при ліквідації надзвичайних ситуацій та їх наслідків в осередках біологічного зараження».

6. Наказ МОЗ України «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги» від 01.06.2009 № 370, зареєстровано в Мініюсті 14.09.2009 № 863/16879 (зі змінами і доповненнями);

7. Наказ МОЗ України «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні» від 29.08.2008 № 500.

8. Наказ МОЗ України від 02.03.2009 № 132 «Про організацію навчання окремих категорій немедичних працівників навичкам надання першої невідкладної медичної допомоги».

9. Наказ МОЗ України від 16.06.2014 № 398 «Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах».

10. Наказ МОЗ України від 18.03.2005 №120 «Про організацію навчання медичних та немедичних працівників з надання медичної допомоги в екстрених ситуаціях».

11. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, що входять до системи екстреної медичної допомоги, з аварійно-рятувальними службами та підрозділами центральних та інших органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків» від 21.11.2012 № 1121.

12. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку інформування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги про виклик екстреної медичної допомоги та їх направлення на місце події» від 21.11.2012 № 1118.

13. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку надання екстреної медичної допомоги особам, узятим під варту або яким призначено покарання у виді позбавлення волі» від 21.11.2012 № 1122.

14. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку функціонування системи екстреної допомоги населенню за єдиним телефонним номером 112» від 17.10.2012 № 1031.

15. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги» від 21.11.2012 № 1114.

16. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Типового положення про Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» від 21.11.2012 № 1116.

17. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Типового положення про станцію екстреної (швидкої) медичної допомоги» від 21.11.2012 № 1117.

18. Постанова Кабінету Міністрів України «Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події» від 21.11.2012 № 1119.

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

ВОЛЯНСЬКИЙ П. Б., ГУР'ЄВ С. О., ДОЛГИЙ М. Л., ДРОЗДЕНКО Н. В.,
ІСКРА Н. І., МАКАРЕНКО А. М., СТРЮК М. П., ТЕРЕНТ'ЄВА А. В.

ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК

Відповідальна за випуск:
проф. Терент'єва Анна Валеріївна

Комп'ютерна верстка:
Безрідний Олег Геннадійович

Дизайн обкладинки:
Гончаренко Анастасія Олексіївна

Підписано до друку 25.07.2016 р. Формат 60х90/16.

Папір офсетний. Друк цифровий.

Ум. друк. арк. 7,85 Облік.-вид. арк. 9,28

Тираж 150 прим. Зам. № 9/2/7

Видавець: ФОП Панов А.М.

Свідоцтво серії ДК №4847 від 06.02.2015 р.

Надруковано в поліграфцентрі «Влавке», ФОП Панов А.М.
м. Харків, вул. Жон Мироносиць (Раднаркомівська), 10, оф. 6
тел. +38 (057) 714-06-74, +38(050) 976 -32-87
copy@vlavke.com.ua, <http://vlavke.com.ua>