

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

**ПАМ'ЯТКА З ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
РЯТУВАЛЬНИКА ДСНС УКРАЇНИ**

Київ – 2020

**УДК**  
**ISBN**

Керівники видання:

Волянський Петро Борисович, Начальник Інституту державного управління у сфері цивільного захисту, доктор наук з державного управління, професор, Заслужений лікар України.

Гур'єв Сергій Омелянович, заступник директора з наукової роботи Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України.

Авторський колектив:

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

*Пам'ятку створено в межах виконання НДР «Моделювання алгоритму вирішення ситуаційних задач з домедичної допомоги на місці події для навчання рятувальників ДСНС України» (номер держреєстрації 0118U003076) на замовлення Департаменту організації заходів цивільного захисту Державної служби України з надзвичайних ситуацій.*

Рецензенти:

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

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

Малюнки, що використано в посібнику отримані та запозичені з відкритих інтернетресурсів

Редакційно-технічна група:

Усик С.О., Подобєд С.І.

Схвалено Вченою радою ІДУЦЗ

Протокол від 02 березня 2020 р. № 2.

Схвалено Вченою радою ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України»

Протокол від 24 грудня 2019 р. № 8.

## ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень.....	5
1. БАЗОВІ УМІННЯ.....	6
1.1. Огляд місця події.....	6
1.2. Огляд постраждалого.....	6
1.3. Виклик бригади екстреної медичної допомоги (ЕМД).....	8
1.4. Серцево-легенева реанімація (СЛР).....	8
1.5. Стабільне положення.....	10
1.6. Імобілізація кінцівок.....	11
1.7. Зупинка зовнішньої масивної кровотечі.....	11
2. НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ.....	13
2.1. Надання домедичної допомоги постраждалим при раптовій зупинці серця.....	13
2.2. Надання домедичної допомоги постраждалим при серцевому нападі (інфаркт міокарда, ішемічна хвороба серця).....	14
2.3. Проведення серцево-легеневої реанімації з використанням зовнішнього автоматичного дефібрилятора.....	15
2.4. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на пошкодження хребта.....	16
2.5. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на травму голови (черепно-мозкова травма).....	17
2.6. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на пошкодження живота.....	18
2.7. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на інсульт.....	19
2.8. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на травму грудної клітки.....	20
2.9. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на перелом кісток кінцівок.....	21
2.10. Надання домедичної допомоги постраждалим при рані кінцівки, в тому числі ускладнені кровотечею.....	22
2.11. Надання домедичної допомоги постраждалим при травматичній ампутації.....	23
2.12. Надання домедичної допомоги постраждалим при позиційному стисканні м'яких тканин.....	24
2.13. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на шок.....	25
2.14. Надання домедичної допомоги постраждалим при порушенні прохідності дихальних шляхів - обтурації стороннім тілом.....	26
2.15. Надання домедичної допомоги при наявності декількох постраждалих.....	27
2.16. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на гостре отруєння невідомою речовиною .....	28

2.17.	Надання психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації.....	29
2.18.	Надання домедичної допомоги постраждалим з опіками.....	30
2.19.	Надання домедичної допомоги постраждалим з переохолодженням/відмороженням.....	31
2.20.	Надання домедичної допомоги постраждалим при утопленні.....	32
2.21.	Надання домедичної допомоги постраждалим при перегріванні.....	33
2.22.	Надання домедичної допомоги постраждалим при травмах та пошкодженнях очей.....	34
2.23.	Надання домедичної допомоги постраждалим при укусах тварин та комах.....	35
2.24.	Надання домедичної допомоги постраждалим при падінні з висоти.....	36
2.25.	Надання домедичної допомоги постраждалим при дорожньо-транспортних пригодах.....	37
2.26.	Надання домедичної допомоги постраждалим при ураженні електричним струмом та блискавкою.....	38
2.27.	Надання домедичної допомоги постраждалим при судомах (епілепсії).....	39
2.28.	Надання домедичної допомоги постраждалим без свідомості.....	40
2.29.	Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на передозування опіоїдами.....	41
2.30.	Надання домедичної допомоги при екстрених пологах.....	42
3.	ДОДАТКИ.....	43
3.1.	Додаток А «Проведення серцево-легеневої реанімації з використанням автоматичного зовнішнього дефібрилятора».....	43
3.2.	Додаток Б «Відновлення прохідності дихальних шляхів».....	44
3.3.	Додаток В «Транспортування постраждалого до берега, звільнення від його захватів».....	45
3.4.	Додаток Г «Евакуація постраждалого із салону автомобіля при ДТП».....	48
3.5.	Додаток І «Правила зняття захисного (мотоциклетного) шолома».....	49
3.6.	Додаток Д «Передозування опіоїдами».....	50

### Перелік умовних скорочень

- АЗД – автоматичний зовнішній дефібрилятор
- ДСНС – Державна служба України з надзвичайних ситуацій
- ДТП – дорожньо-транспортна пригода
- ЕМД – екстрена медична допомога
- МВС – Міністерство внутрішніх справ України
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
- НС – надзвичайна ситуація

## 1. БАЗОВІ УМІННЯ

### 1.1. Огляд місця події

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

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

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

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

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

### 1.2. Огляд постраждалого

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

Первинний огляд передбачає такі дії:

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

Швидкий травмоогляд передбачає таку послідовність: голова → шия → грудна клітка → живіт → стегна → гомілки та стопи → плечі → передпліччя та

кисті → спина. Проводяться візуальна оцінка та обережна пальпація сегментів тіла постраждалих у зазначеній послідовності.

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

Обстеження	Ознаки	Обсяг допомоги	Обладнання	
<b>С</b> (критична кровотеча)	- візуальна оцінка	- пульсуючий тип - пляма крові, що швидко збільшується - значне просочення одягу кров'ю	- зупинення кровотечі	- джгут - гемостатична марля - підручні засоби
<b>А</b> (прохідність дихальних шляхів)	- чути - бачити - відчувати	- відсутність дихання - травми обличчя - відсутність екскурсії грудної клітки - патологічні дихальні шуми/хрипи / булькотіння тощо	- відновлення за допомогою мануальних методів - відновлення за допомогою повітроводів	- носовий чи ротовий повітровід
<b>В</b> (адекватне дихання)	- чути - бачити - відчувати	- наявність травм - ознаки напруженого пневмотораксу	- накладання оклюзійної пов'язки	- оклюзійна пов'язка або підручні засоби
<b>С</b> (допомога у разі шоку, зупинення інших джерел кровотечі)	- візуальна оцінка	- відсутність дистального пульсу - порушення свідомості без явної черепно-мозкової травми	- протишокове положення - попередження гіпотермії	- термопокривало - ковдра

**Повторний огляд** – по суті, є первинним та проводиться за потреби з метою уточнення стану постраждалих в динаміці.

### 1.3. Виклик бригади екстреної медичної допомоги (ЕМД)

#### Диспетчеру вказуємо:

1. Точні координати місця, де відбулася пригода (орієнтири місця, шляхи під'їзду тощо).
2. Номер телефону, з якого робиться виклик та прізвище того, хто викликає.
3. Прізвище та ім'я постраждалого (при можливості).
4. Характер пригоди що сталася (падіння з висоти, ДТП тощо).
5. Стан постраждалого (свідомість, дихання, видимі пошкодження тощо).
6. Кількість постраждалих (приблизна загальна кількість та наявність серед постраждалих дітей).
7. Характер допомоги, що надається (відкриття дихальних шляхів, СЛР, зупинка зовнішньої масивної кровотечі тощо).

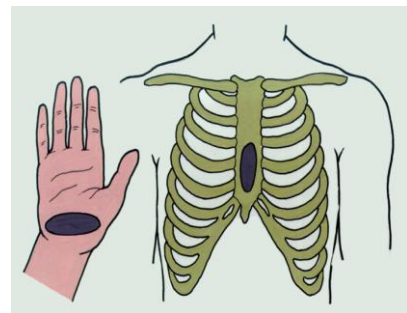
### 1.4. Серцево-легенева реанімація (СЛР)

Серцево-легенева реанімація – невідкладна медична комплексна процедура, спрямована на відновлення життєдіяльності організму та виведення його зі стану клінічної смерті. Включає компресії грудної клітки (непрямий масаж серця) та штучну вентиляцію легенів (штучне дихання).

#### Техніка проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР) у дорослих:

##### *Непрямий масаж серця:*

1. Визначити місце натискання:
  - точка натиснення – середина грудної клітки.



2. Провести спочатку 30 натискань на грудину обома руками:

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





**Штучне дихання:**

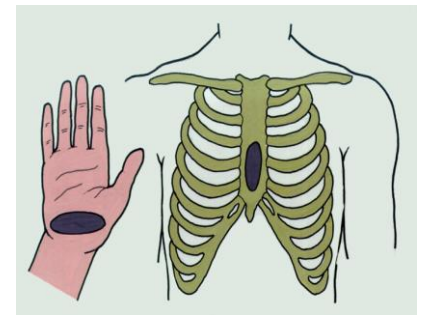
1. Накласти маску-клапан.
2. Затиснути ніс постраждалого та зробити вдих «рот до рота».
3. Відпустити крила носа і повторити вдих, знову затискаючи ніс (виконання 2 вдихів повинно тривати не більше 5 сек.).

**При відсутності індивідуальних засобів захисту, – штучне дихання не виконується!**

Після 2 вдихів, – продовжити СЛР у співвідношенні: 30 компресій / 2 вдихі.

**Техніка проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР) у дітей:****Непрямий масаж серця:**

1. Визначити місце натискання:
  - точка натиснення – середина грудної клітки.



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

**Штучне дихання:**

1. Накласти маску-клапан.
2. Затиснути ніс постраждалого та зробити вдих «рот до рота».
3. Відпустити крила носа і повторити вдих, знову затискаючи ніс (виконання 2 вдихів повинно тривати не більше 5 сек.).



Після 2 вдихів, – продовжити СЛР у співвідношенні: 15 компресій / 2 вдихі (якщо рятувальників двоє та більше) або 30 компресій / 2 вдихі (якщо рятувальник один та не має помічників).

## 1.5. Стабільне положення

### Техніка переведення постраждалого в стабільне положення:

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



4. Зігнути дальшу від рятувальника ногу постраждалого в колінному суглобі.
5. Підтримуючи своєю рукою руку постраждалого біля голови та шиї, – другою рукою взяти за зігнуте коліно і перевернути постраждалого на себе.



6. Повернути постраждалого на бік з виставленим вперед коліном так, щоб його стегно знаходилось під прямим кутом, – таким чином уникається перевертання постраждалого на живіт.



7. У положенні, коли голова постраждалого знаходиться на його руці, – нахилити його голову назад і відкрити рот.



## 1.6. Імобілізація кінцівок

### Техніка імобілізації переломів кісток:

1. Визначити розмір шини, що буде достатнім для фіксації двох суглобів: вище та нижче від місця перелому та надати їй необхідної фізіологічної форми на непошкодженій кінцівці постраждалого.
2. З урахуванням локалізації травми (нижня кінцівка) потрібно знерухомити всі три суглоби, а саме: гомілково-ступневий колінний та кульшовий.



3. Накласти шину на травмовану кінцівку та зафіксувати її за допомогою бинта по всій довжині її накладання.
4. Імобілізацію слід виконувати в такому положенні, в якому знаходиться кінцівка.



## 1.7. Зупинка зовнішньої масивної кровотечі

### Техніка накладання імпровізованого кровоспинного джгута (закрутки):

1. Як і при накладанні кровоспинного джгута, місце, де накладається закрутка, захистити м'якою прокладкою (одягом).



2. Закрутку намотати на кінцівку, вільні кінці зав'язати вузлом та у кільце, що утворилося, вставити палицю й за її допомоги закрутити кільце.



3. Продовжувати закручувати кільце до тих пір, поки кровотеча не припиниться.

4. Після припинення кровотечі з рани, – палицю зафіксувати бинтом або іншим способом.

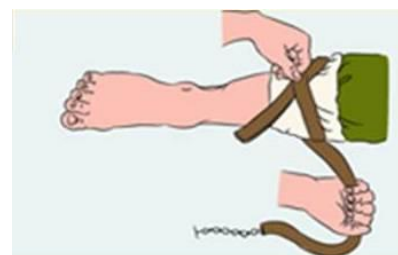
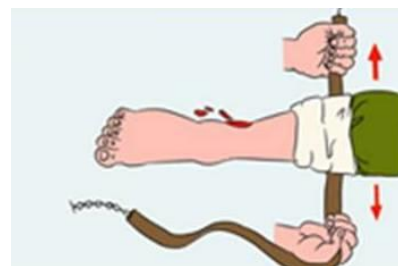


5. Перевірити і переконатися, що кровотеча не почалася знову і що дистальний пульс відсутній.

6. Залишити папірець з написом часу накладання імпровізованого кровоспинного джгута (закрутки).

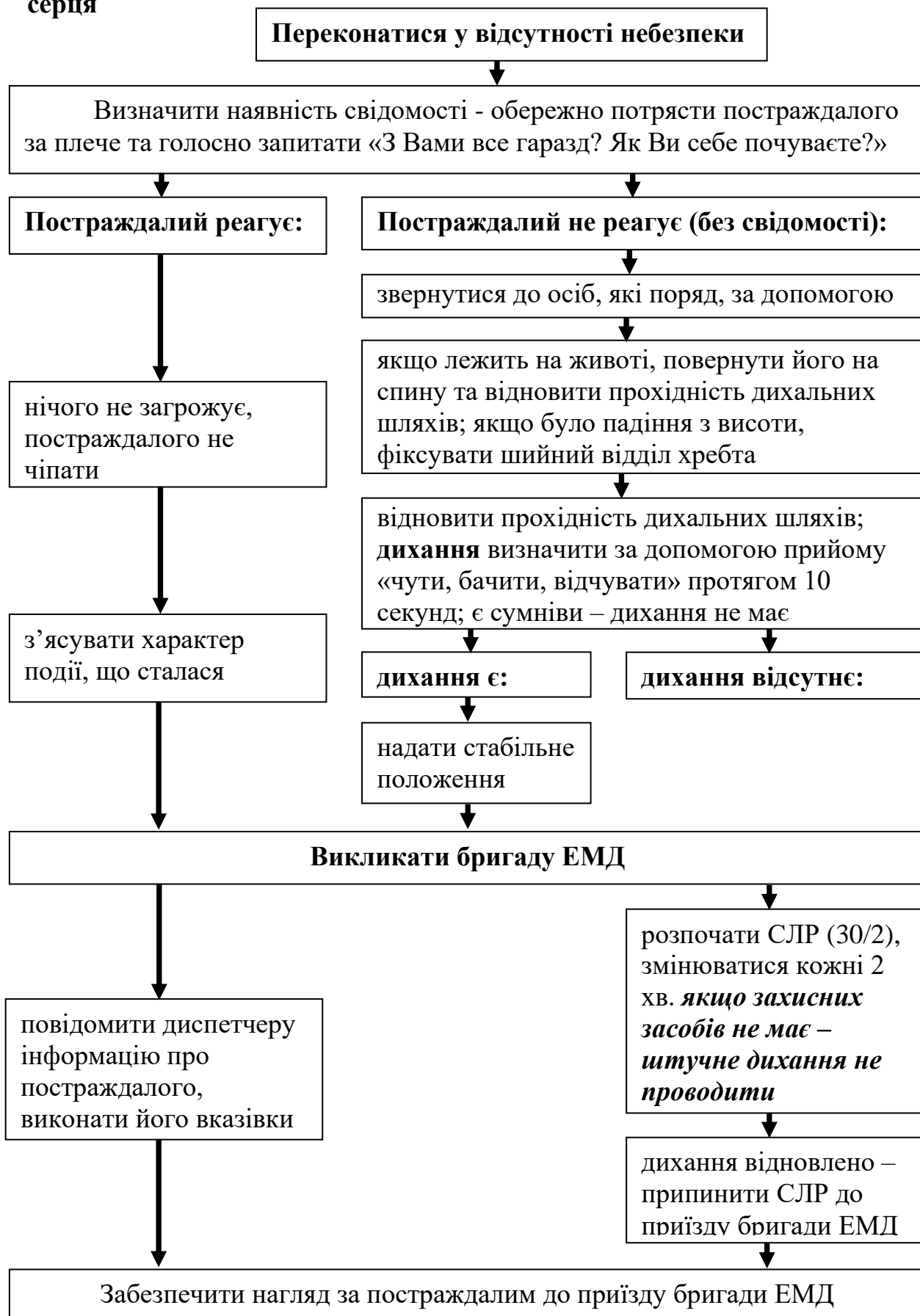
## Техніка накладання кровоспинного джгута типу Есмарх:

1. Джгут завжди накладають поверх одягу.
2. Спочатку джгут необхідно завести під травмовану кінцівку та максимально розтягнути.
3. Першим циркулярним обертом здійснити максимальне розтягнення джгута. Обертаючи джгут навколо травмованої кінцівки, – не послаблювати тиск.
4. Продовжувати затягувати джгут до тих пір, поки кровотеча не припиниться, після чого, – зробити 2-3 оберти без тиску та зафіксувати джгут за допомогою стандартних фіксаторів або шляхом зав'язування вільних кінців.
5. Перевірити і переконатися, що кровотеча не почалася знову і що дистальний пульс відсутній.
6. Залишити папірець з написом часу накладання кровоспинного джгута (за відсутності паперу – записати час накладання джгута на самому джгуті).
7. На рану накласти чисту, стерильну серветку.



## 2. НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ

### 2.1. Надання домедичної допомоги постраждалим при раптовій зупинці серця



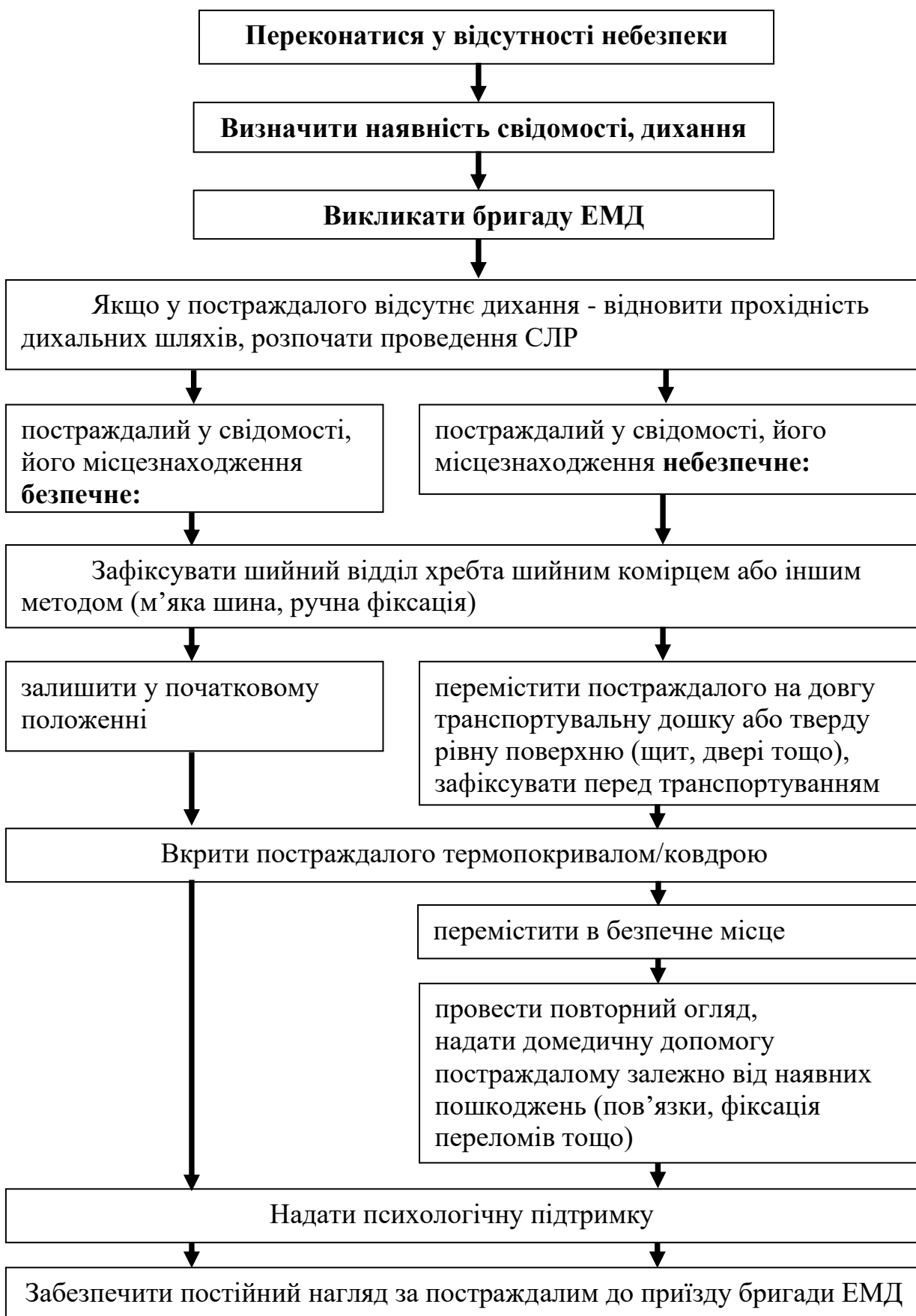
## 2.2. Надання домедичної допомоги постраждалим при серцевому нападі (інфаркт міокарда, ішемічна хвороба серця)



### 2.3. Проведення серцево-легеневої реанімації з використанням автоматичного зовнішнього дефібрилятора



## 2.4. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на пошкодження хребта

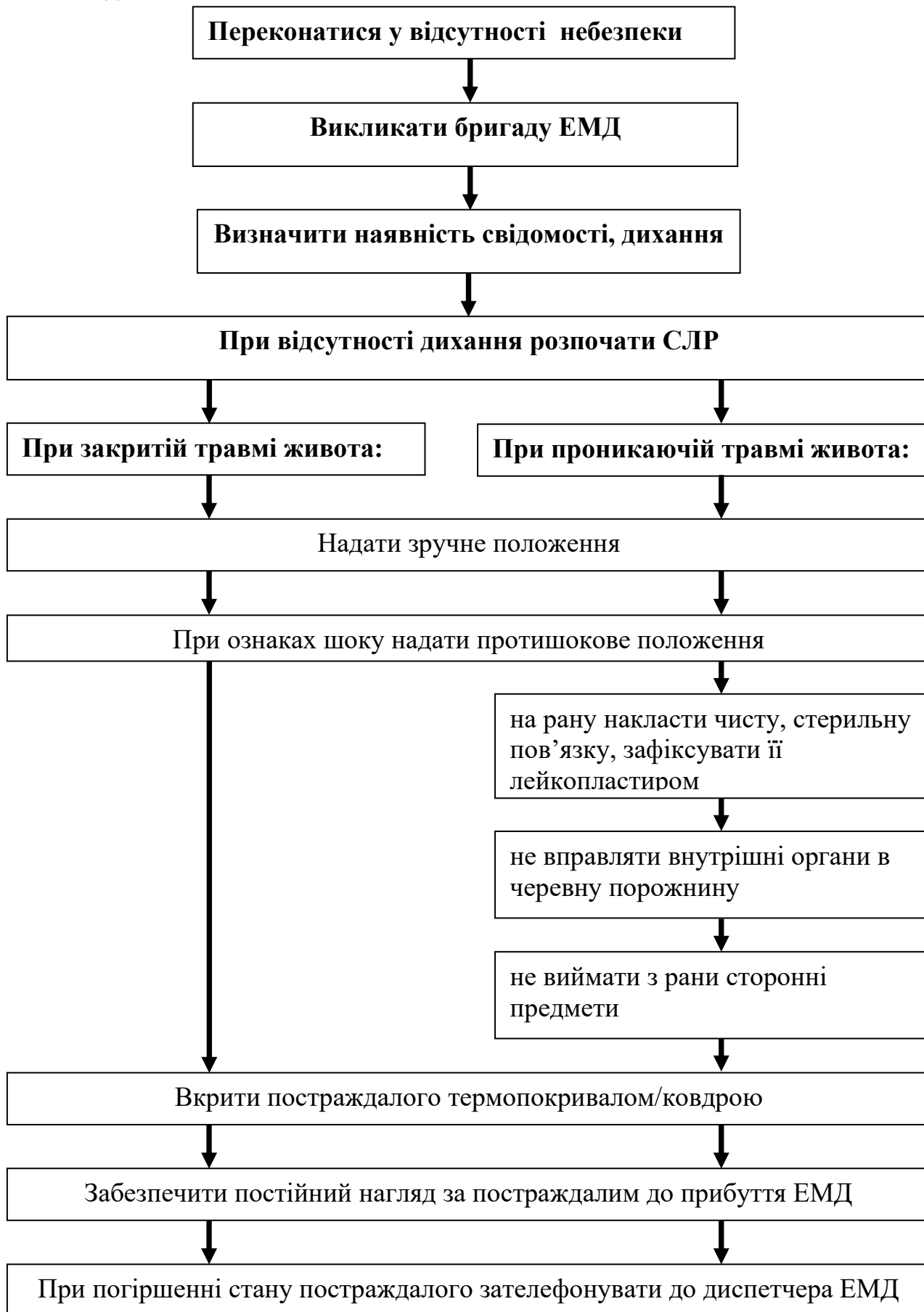




## 2.5. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на травму голови (черепно-мозкова травма)



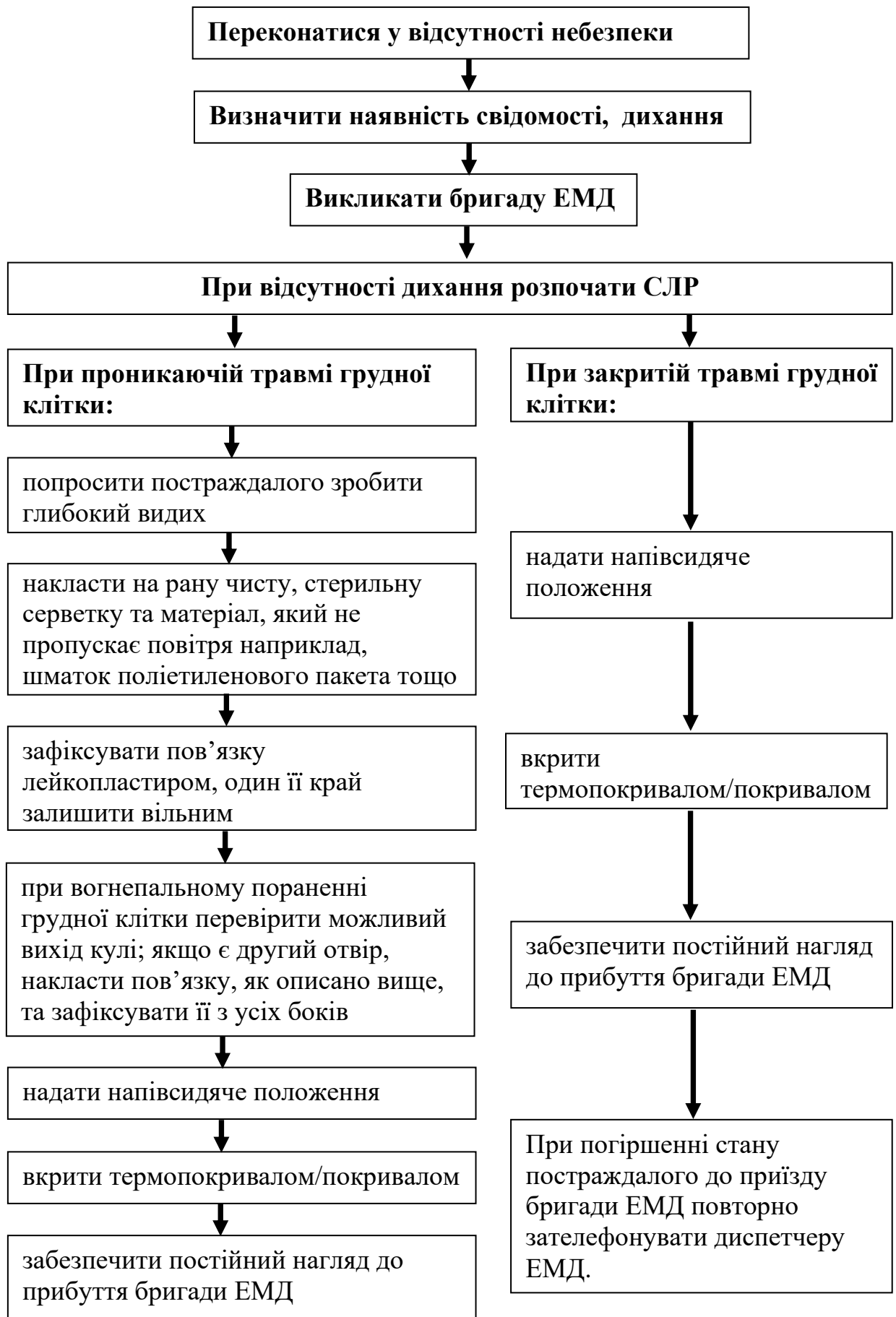
## 2.6. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на пошкодження живота



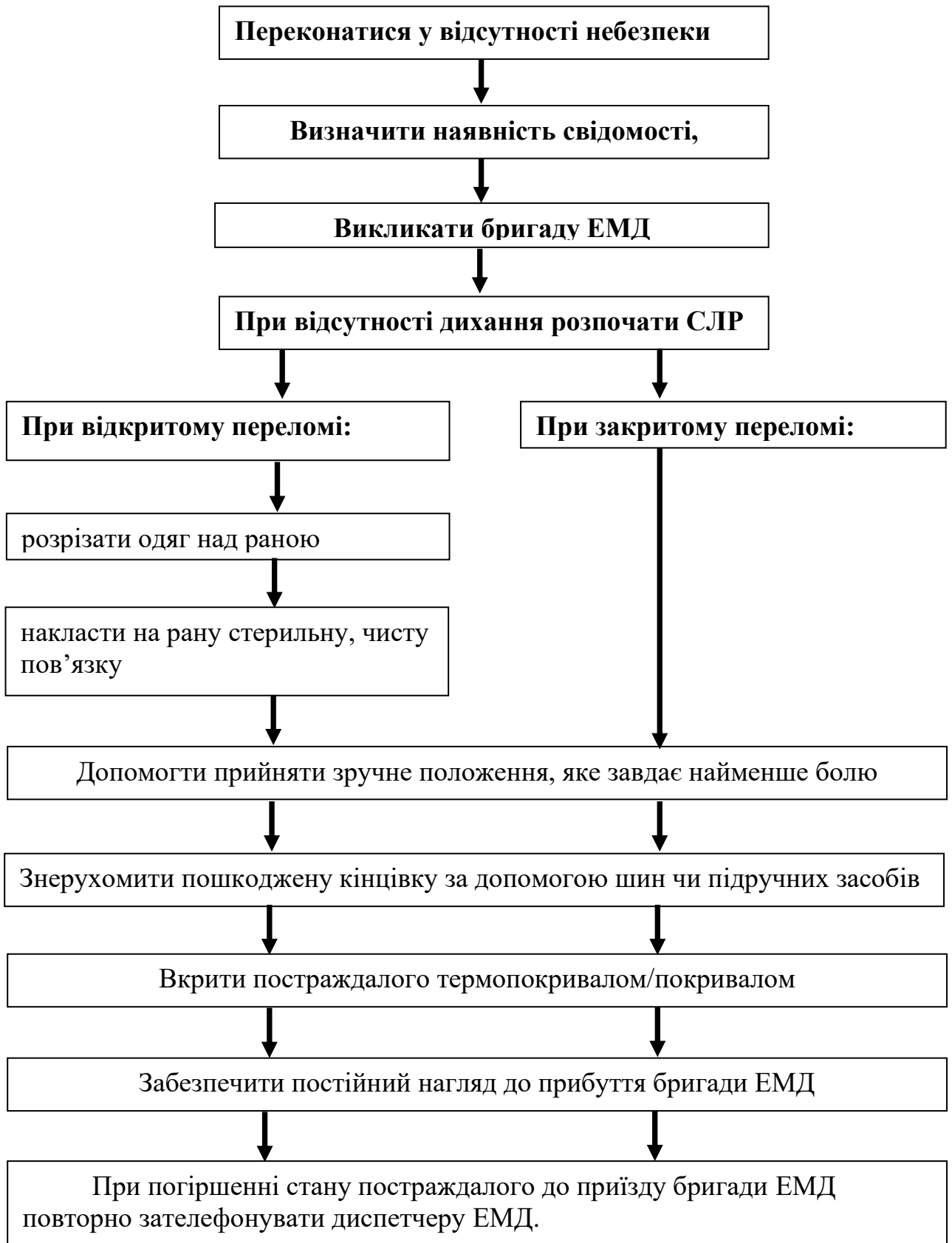
## 2.7. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на інсульт



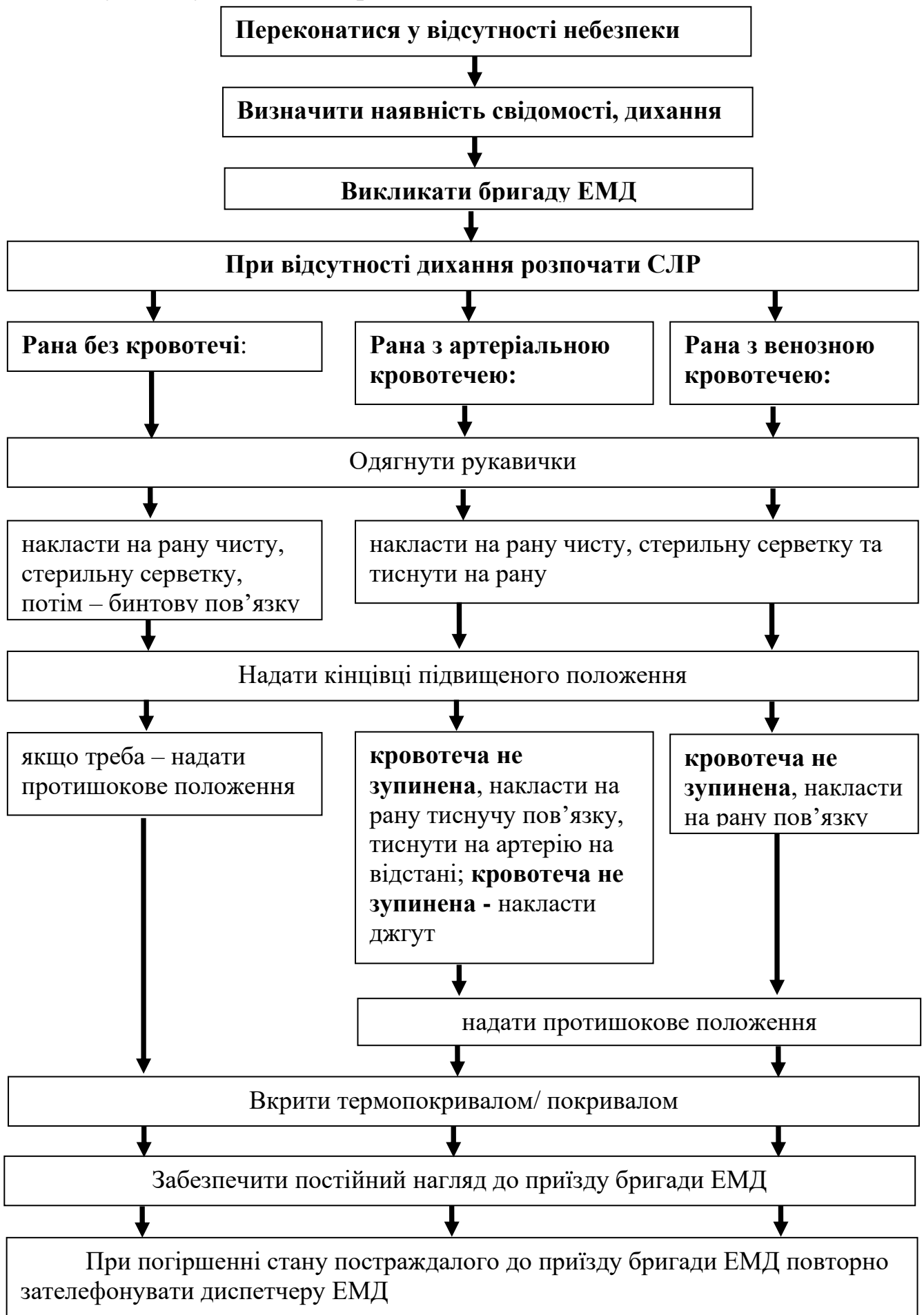
## 2.8. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на травму грудної клітки



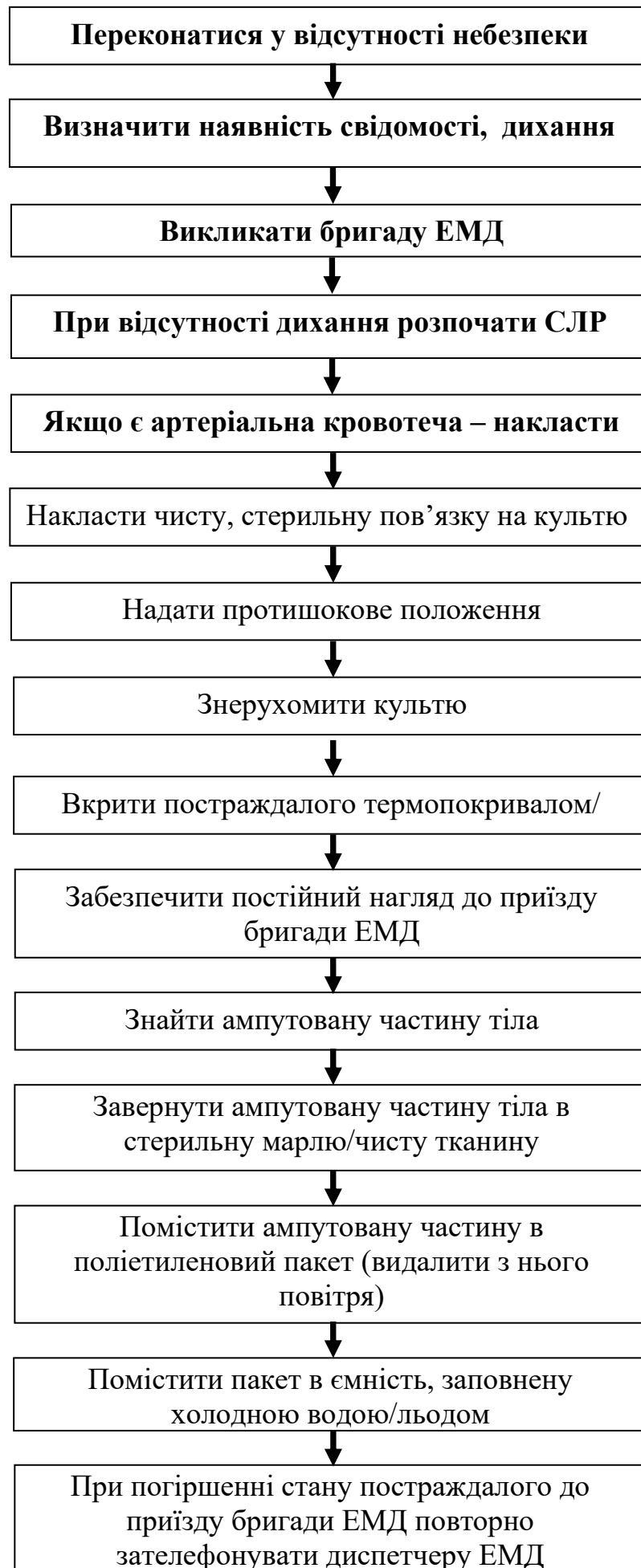
## 2.9. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на перелом кісток кінцівок



## 2.10. Надання домедичної допомоги постраждалим при рані кінцівки, в тому числі ускладненій кровотечею



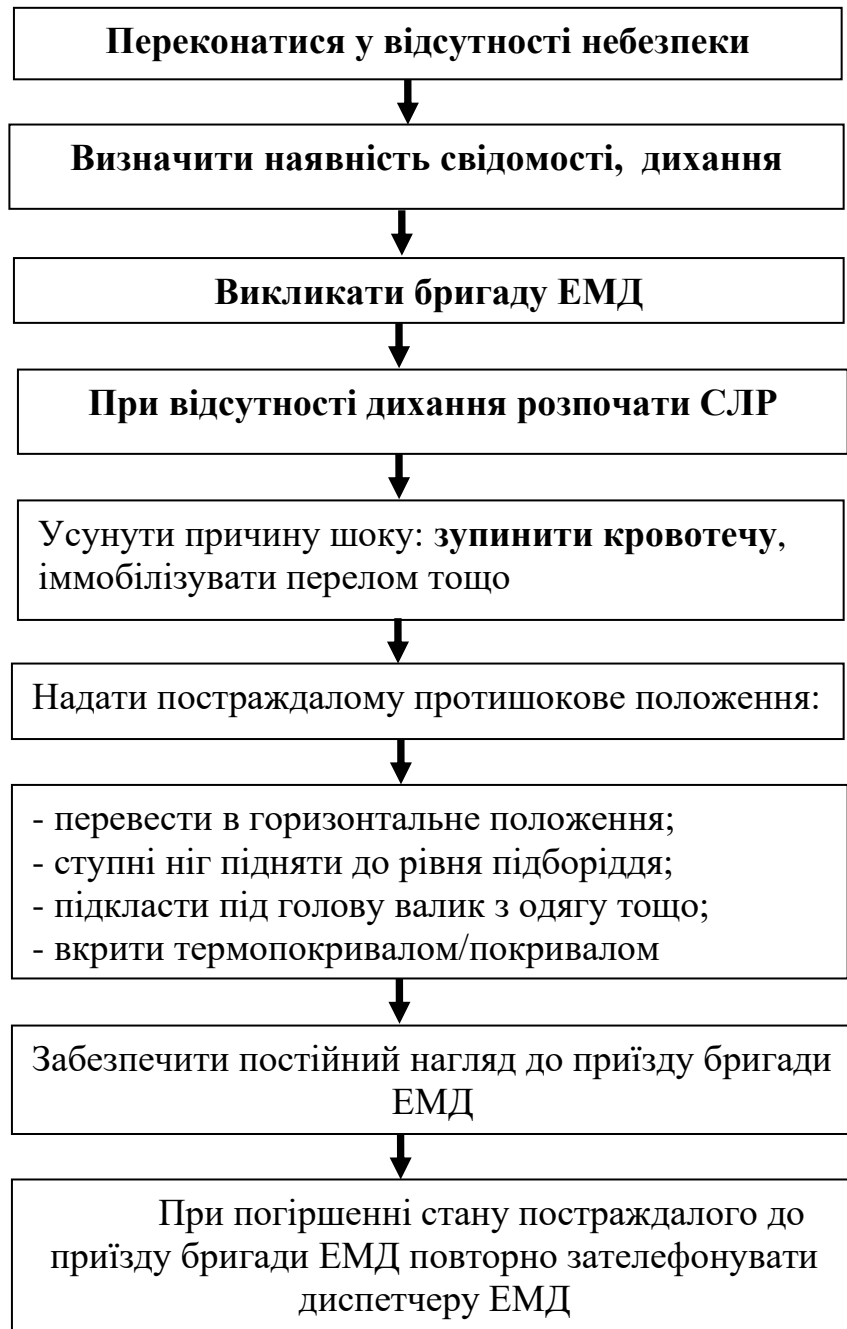
## 2.11. Надання домедичної допомоги постраждалим при травматичній ампутації



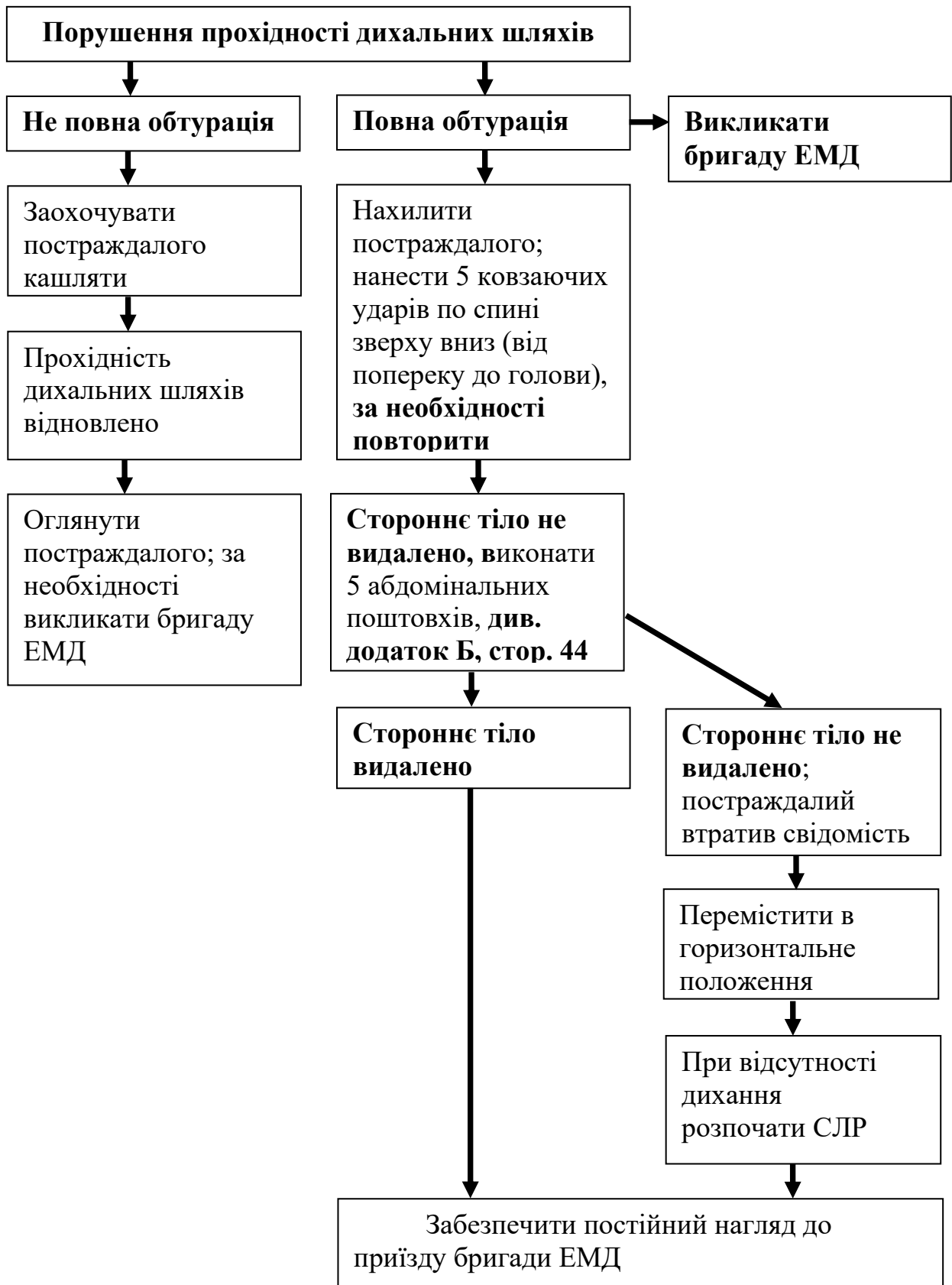
## 2.12. Надання домедичної допомоги постраждалим при позиційному стисканні м'яких тканин



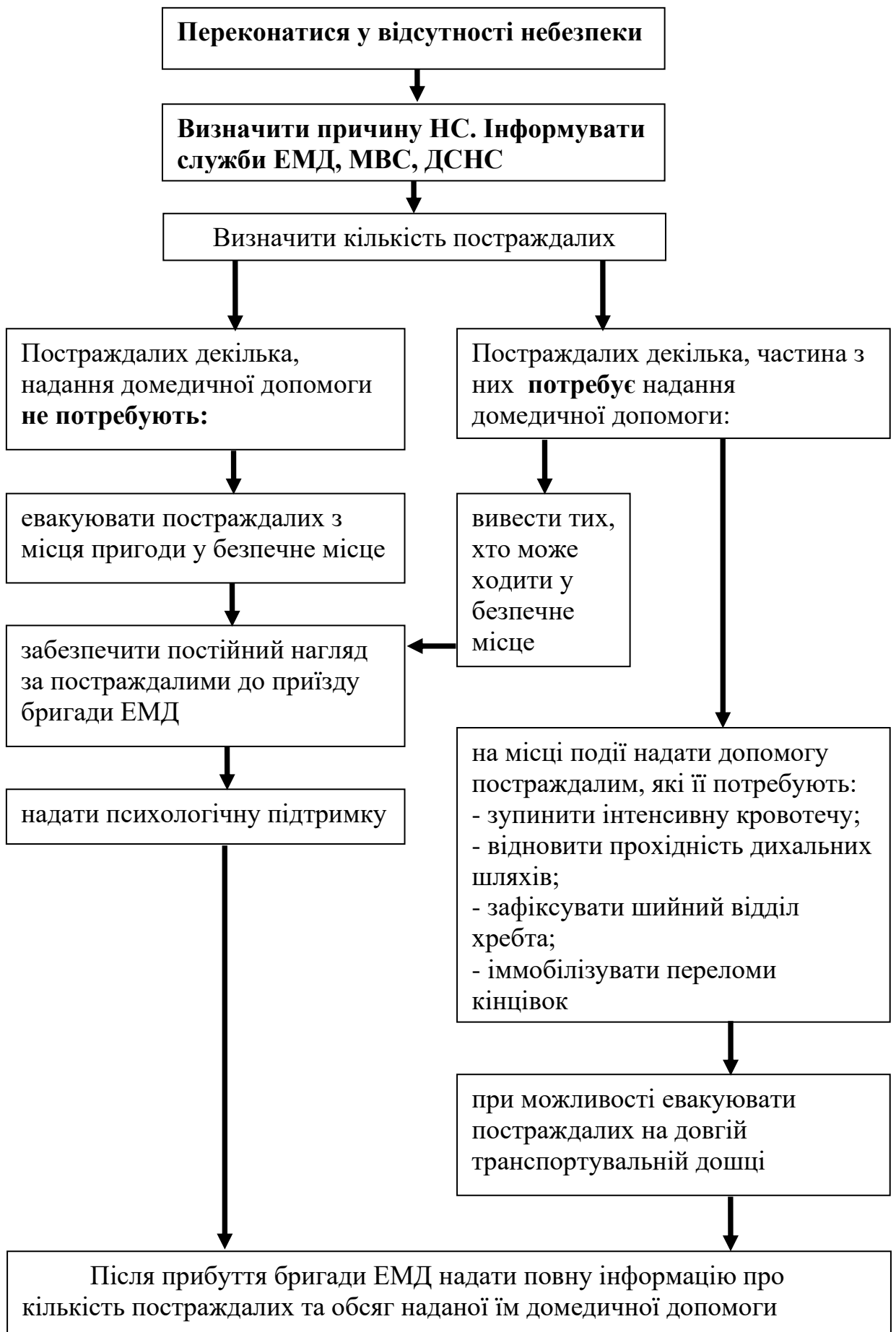


**2.13. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на шок**

## 2.14. Надання домедичної допомоги постраждалим при порушенні прохідності дихальних шляхів - обтурації стороннім тілом



## 2.15. Надання домедичної допомоги при наявності декількох постраждалих



## 2.16. Надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на гостре отруєння невідомою речовиною



## 2.17. Надання психологічної підтримки постраждалим при надзвичайній ситуації

*Характерні ознаки психологічних розладів: втрата фізичної сили; безглуздий і хаотичний руховий неспокій; відчуття виснаженості та нереальності; емоційна віддаленість від оточення, рідних; почуття провини; ворожі дії до оточуючих*



## 2.18. Надання домедичної допомоги постраждалим з опіками



## 2.19. Надання домедичної допомоги постраждалим з переохолодженням /відмороженням



## 2.20. Надання домедичної допомоги постраждалим при утопленні

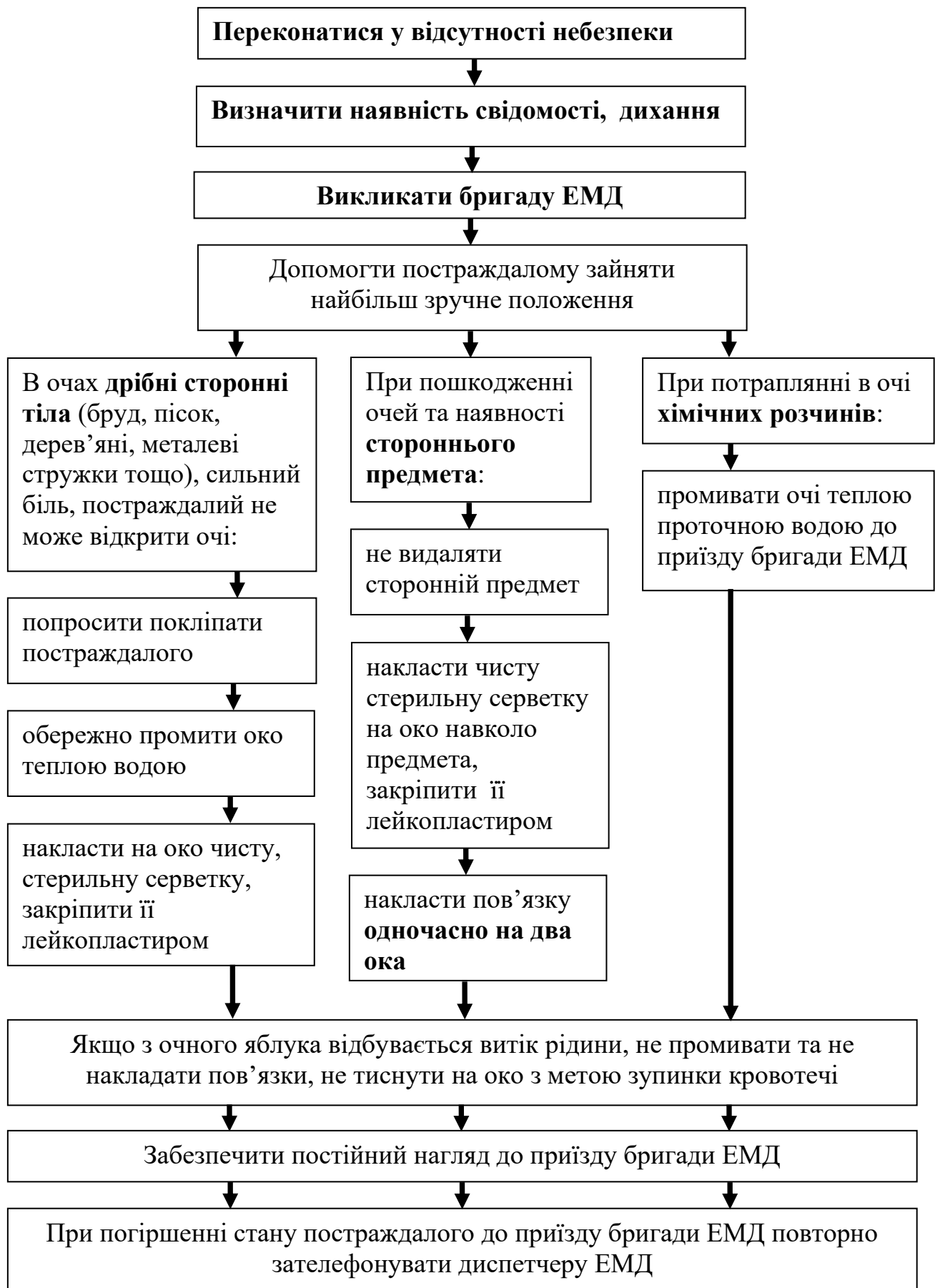




## 2.21. Надання домедичної допомоги постраждалим при перегріванні



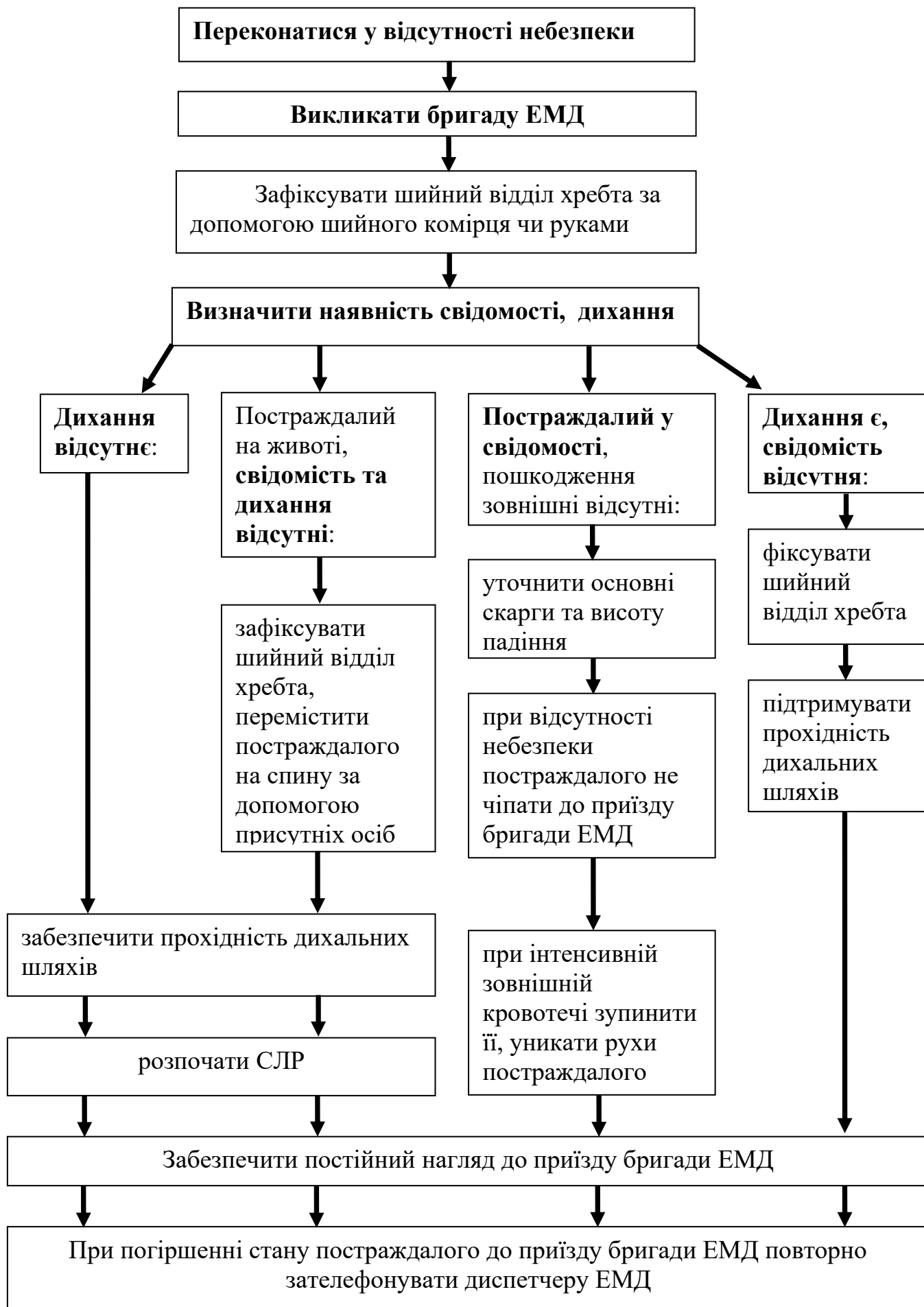
## 2.22. Надання домедичної допомоги постраждалим при травмах та пошкодженнях очей



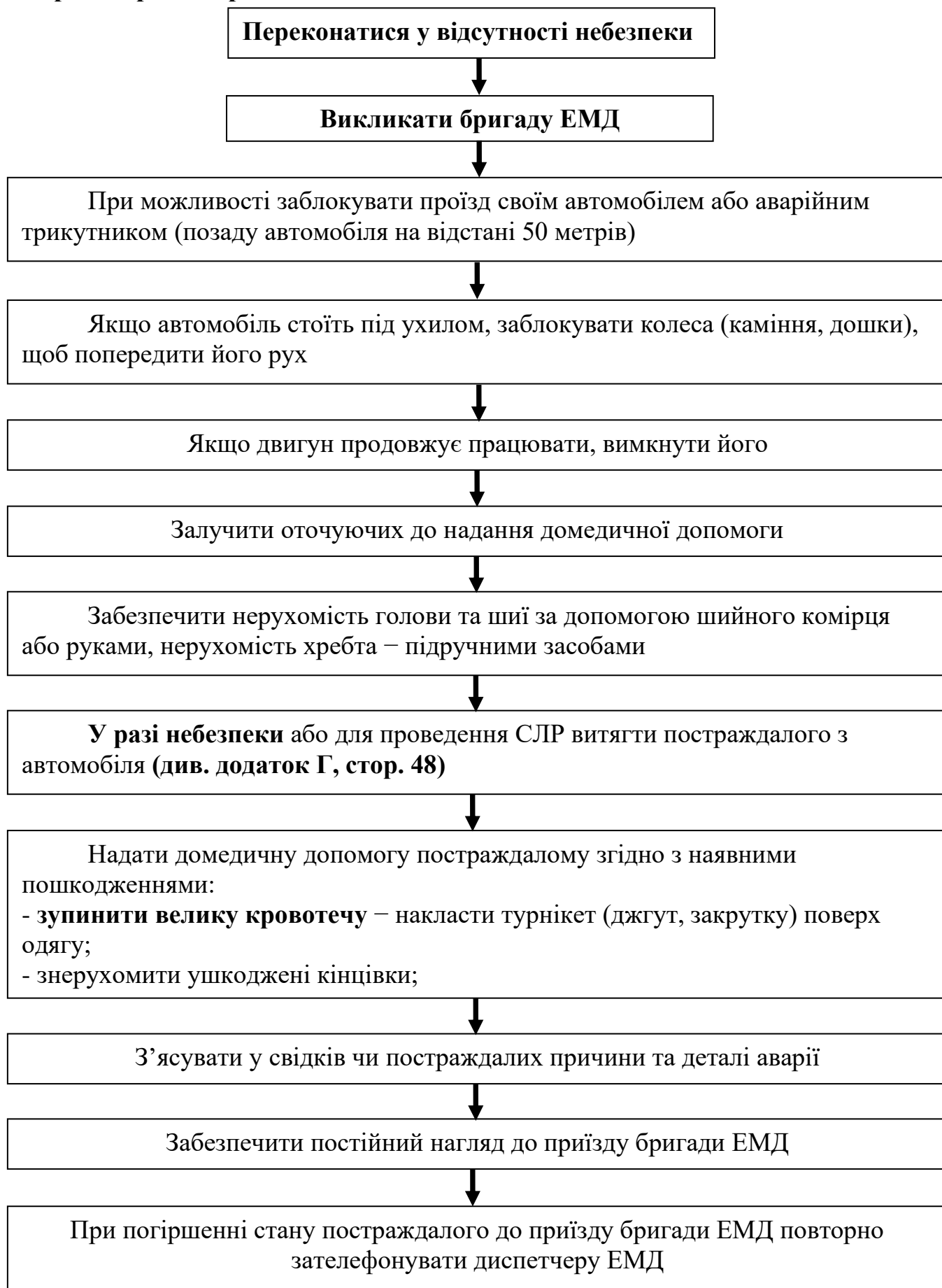
## 23. Надання домедичної допомоги постраждалим при укусах тварин та комах



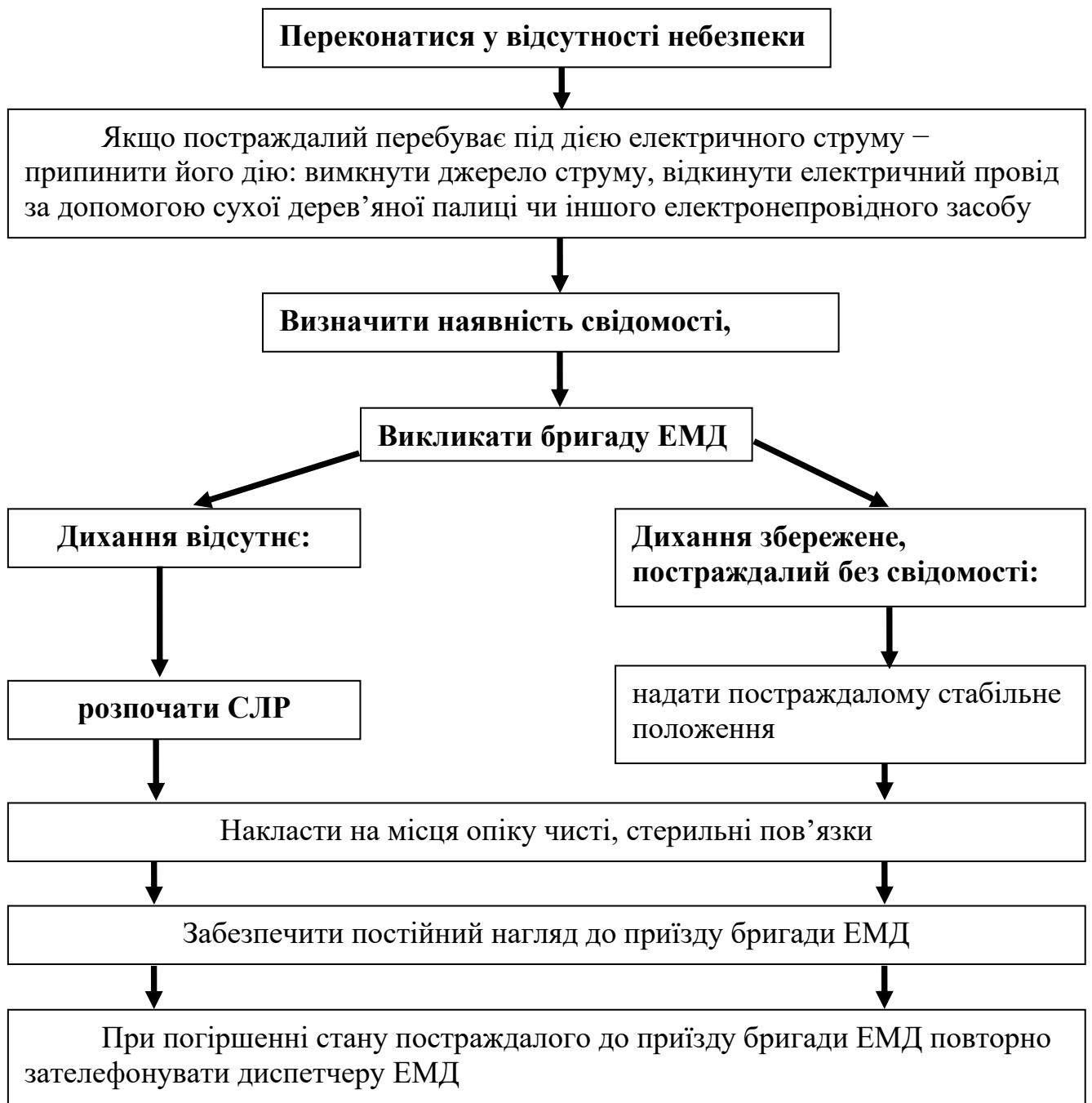
## 2.24. Надання домедичної допомоги постраждалому при падінні з висоти



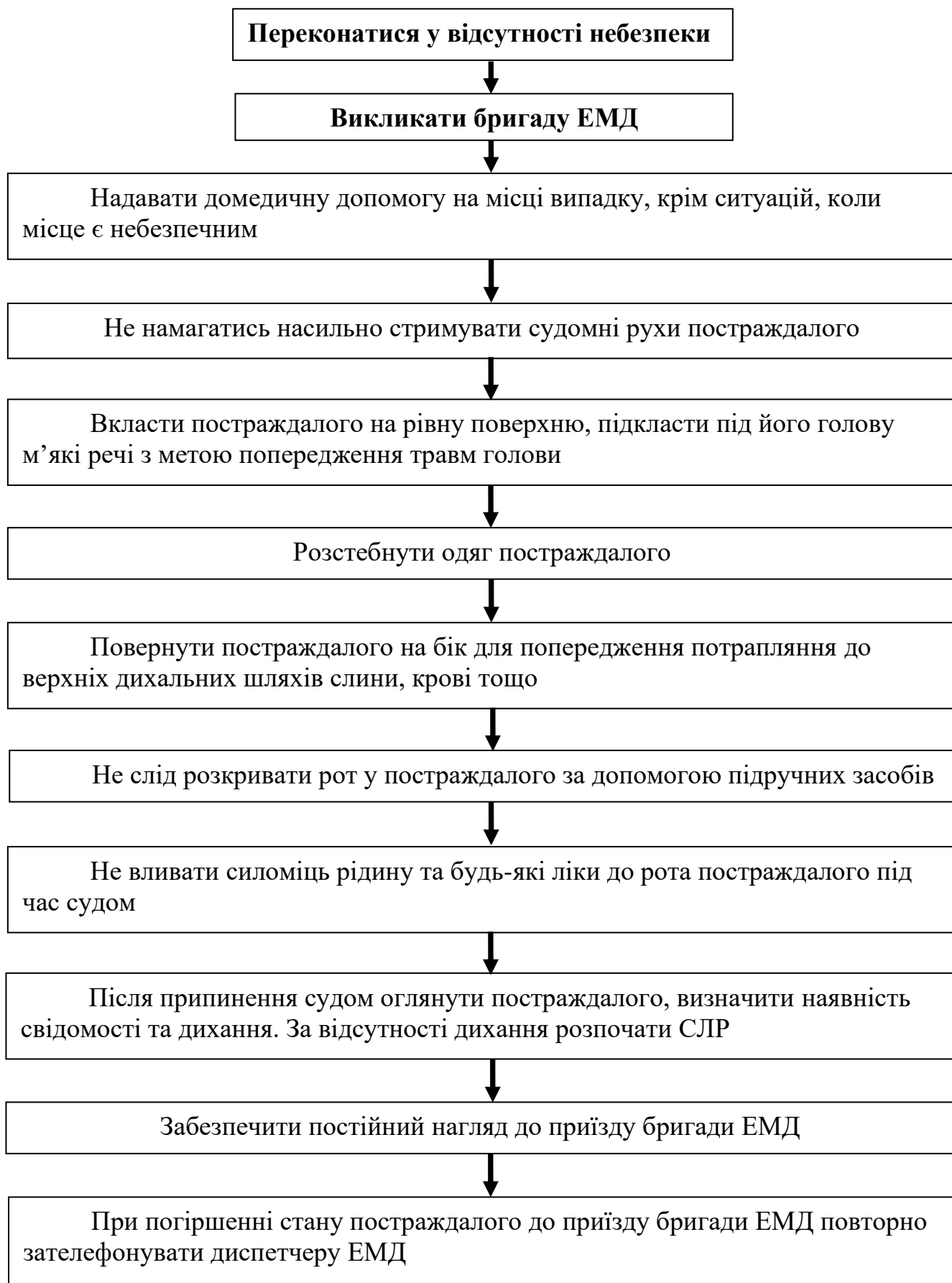
## 2.25. Надання домедичної допомоги постраждалим при дорожньо-транспортних пригодах



## 2.26. Надання домедичної допомоги постраждалим при ураженні електричним струмом та блискавкою



## 2.27. Надання домедичної допомоги постраждалим при судомах (епілепсії)



## 2.28. Надання домедичної допомоги постраждалим без свідомості

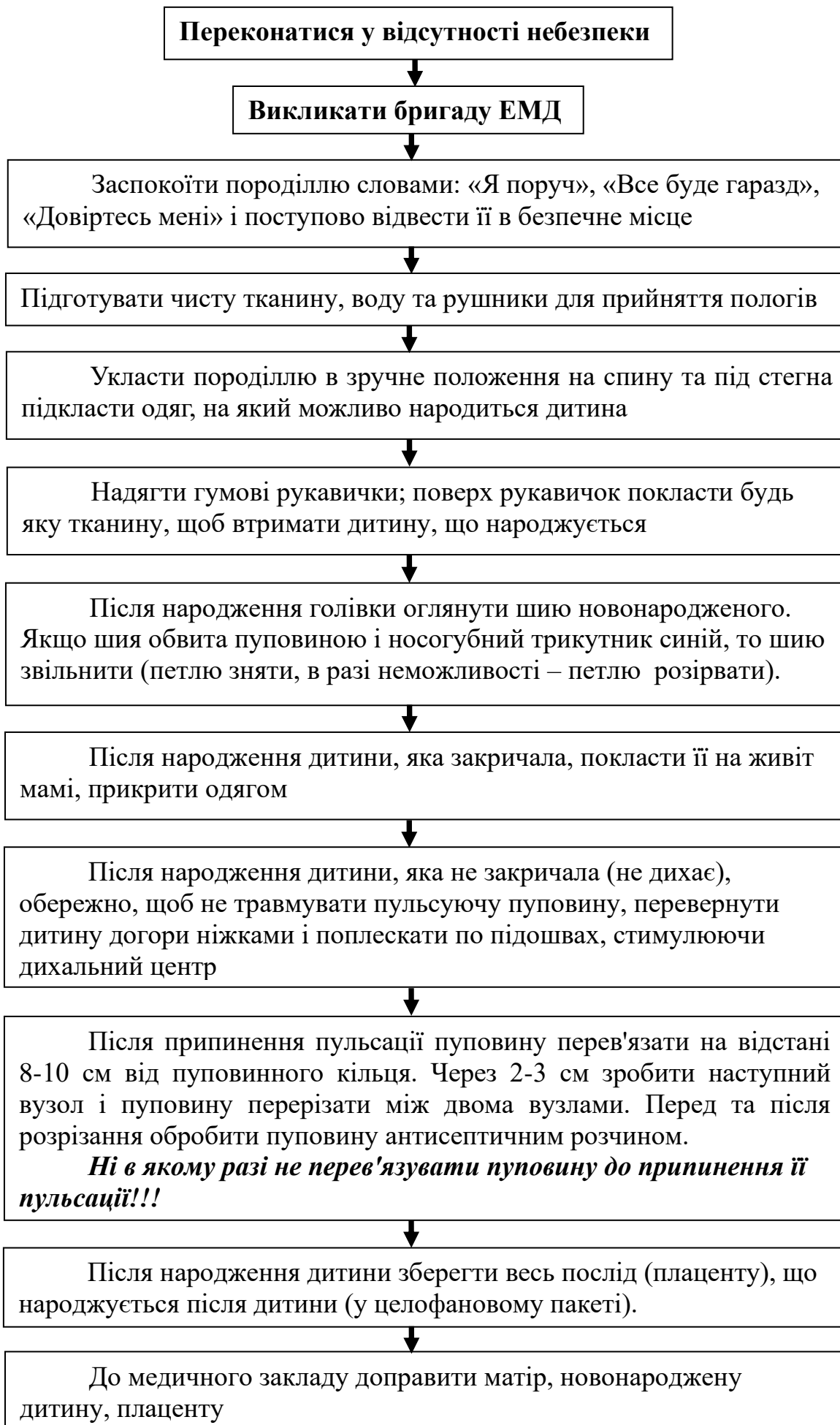




## 2.29. Надання домедичної допомоги особам при підозрі на передозування опіоїдами



### 2.30. Надання домедичної допомоги при екстрених пологах



### 3. ДОДАТКИ

#### Додаток А

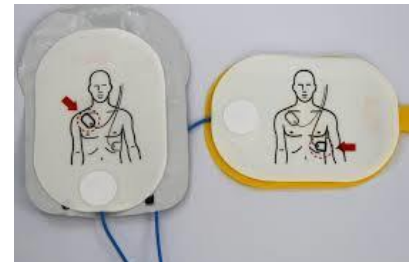
#### Проведення серцево-легеневої реанімації з використанням зовнішнього автоматичного дефібрилятора

1. Наклейте електроди на грудну клітку постраждалого (згідно маркування, якщо вона нанесена на електроди).



Місце розташування електродів на грудній клітці:

- один електрод – нижче правої ключиці, поруч з грудиною;
- інший електрод – нижче лівої пахви.



2. Дочекайтеся, доки АЗД не проведе аналіз ритму:

- ніхто не повинен торкатись постраждалого, поки АЗД проводить аналіз.

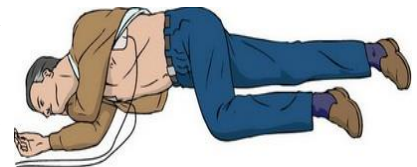
3. Для проведення дефібриляції (за вказівкою АЗД) натисніть кнопку розряду, що блимає:

- ніхто не повинен торкатись постраждалого під час нанесення електричного розряду.



3. Якщо реанімаційні заходи успішні (у постраждалого з'явилися ознаки життя):

- переведіть постраждалого в стабільне положення та забезпечте постійний нагляд за його станом до приїзду бригади ЕМД (електроди залишили на грудній клітці постраждалого).



## Додаток Б

### Відновлення прохідності дихальних шляхів

#### Техніка виконання прийому Гордона:

1. Потрібно розташуватись з боку від постраждалого;
2. Постраждалого необхідно максимально нахилити вперед, притримуючи його при цьому однією рукою за грудну клітку (або живіт).
3. В цьому положенні, – нанесіть постраждалому 5 різких, ковзних ударів в міжлопаткову ділянку.



Якщо за допомогою прийому Гордона не вдалось усунути обструкцію дихальних шляхів, – потрібно виконати прийом Хеймліка (5 абдомінальних поштовхів).

#### Техніка виконання прийому Хеймліка:

1. Потрібно розташуватись позаду постраждалого.
2. Стисніть свою долоню в кулак (ховаючи в ньому великий палець) та розташуйте його на животі постраждалого (приблизно по середині між пупком та реберними дугами), а другою рукою обхопіть кулак.



3. Виконайте 5 різких абдомінальних поштовхів, спрямовуючи силу всередину та вгору (таким чином стискається грудна клітка і повітря, що залишилось в легенях, – може виштовхнути стороннє тіло назовні).



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

## Додаток В

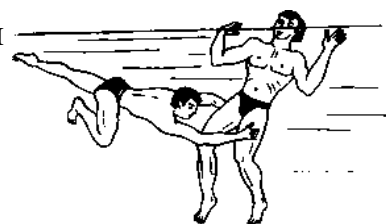
### Транспортування постраждалого до берега, звільнення від його захватів

Захвати потоплюючим є грізною небезпекою для нього і для рятувальника, так як створюють пряму загрозу життю обом. Тому знання особливостей попередження захоплень і звільнення від них має, по суті справи, таке ж значення, як навчання плаванню.

В подібних ситуаціях діяти потрібно дуже швидко і енергійно (практично в автоматичному режимі), з чітким дотриманням всіх особливостей методів.

#### Техніка попередження захвату рятувальника потоплюючим:

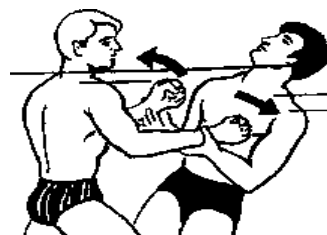
Для попередження захвату, – потрібно повернути потоплюючого на спину або спиною до себе.



#### Техніка визволення рятувальника від захвату потоплюючим:

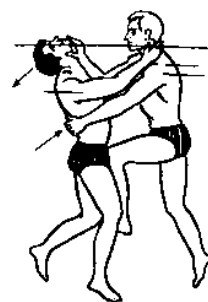
1. Якщо все-таки потоплюючий захопив рятувальника за руки:

- різким ривком розвести руки потоплюючого в сторони та звільнитись.



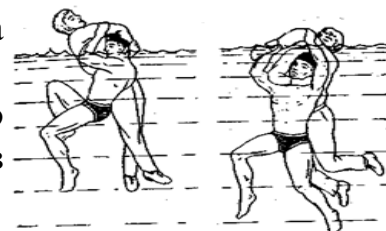
2. Якщо все-таки потоплюючий захопив рятувальника за шию:

- долонею однієї руки упертись в підборіддя потопельника, першим та другим пальцем тієї ж руки затиснути його ніс, а іншою рукою охопити поперек.



3. Якщо все-таки потоплюючий захопив рятувальника ззаду або спереду:

- схопити потоплюючого однією рукою за кисть, іншою підняти лікоть його другої руки і звільнитись із захвату.



4. Якщо все-таки потопуючий захопив рятувальника за ноги:

- негайно охопити голову потопуючого правою рукою за підборіддя, фіксує рот (для виключення укусу); лівою рукою охопити лоб. Тут же, негайно, різко повернути голову в протилежну сторону до упору і на себе, з одночасною фіксацією чола і поворотом корпусу потопуючого спиною до себе.

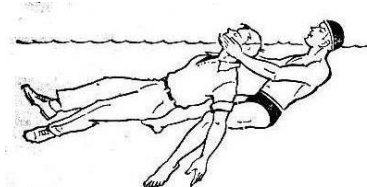


Також, у своїй професійній діяльності, рятувальник повинен володіти прийомами буксирування потопуючого до берега.

### Техніка буксирування потопуючого до берега:

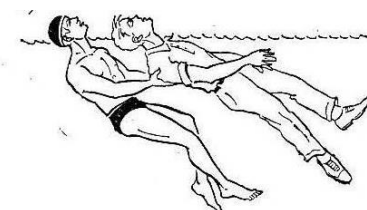
#### Буксирування за голову:

- рятувальник виконує цей прийом витягнутими руками;  
 - бере голову потопуючого таким чином, щоб великі пальці рук лежали на щоках, а мізинці – під нижньою щелепою потопуючого;  
 - пливучи на спині, – працює одними ногами, припіднімаючи обличчя над поверхнею води.



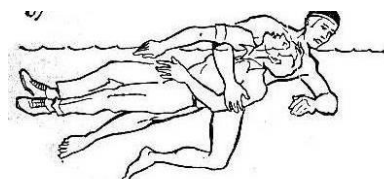
#### Буксирування під пахви:

- рятувальник міцно підхвачує потопуючого під пахви;  
 - пливучи на спині, – працює одними ногами, припіднімаючи обличчя над поверхнею води.



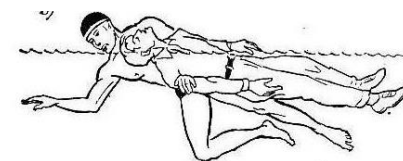
#### Буксирування під руку:

- виконується при наближенні до потопуючого ззаду;  
 - рятувальник просуває свою праву руку під праву руку потопуючого, бере його за ліву руку вище ліктьового суглобу і притискає його спиною до себе;  
 - пливучи на боку припіднімаючи обличчя над поверхнею води.



#### Буксирування вище ліктів:

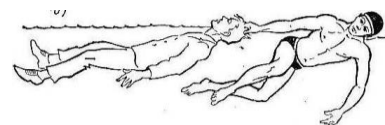
- здійснюється тоді, коли рятувальник охоплює обидві руки потопуючого за лікті, відтягує їх назад, потім просуває свою ліву руку спереду під пахви і проводить її за спину потопуючого;  
 - потім лівою рукою захоплює праву руку потопуючого вище ліктів і сильно притискає його до себе спиною;



- захват для буксирування можна виконувати і правою рукою, якщо рятувальник пливе на лівому боці;
- пливучи на боці припіднімаючи обличчя над поверхнею води.

### **Буксирування за волосся або за комір одягу:**

- рятувальник, захоплюючи волосся або комір одягу потопуючого, пливе на боці, працюючи вільною рукою і ногами;
- буксирувати потопуючого слід витягнутою рукою, підтримуючи його голову над водою, щоб вода не потрапляла у дихальні шляхи.



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

Під час надання домедичної допомоги, не можна орієнтуватись на задовільний загальний стан постраждалого після здійснення реанімаційних заходів – це хибна тактика! У всіх випадках, незалежно від загального стану постраждалого, нормального пульсу, дихання, твердженнь – «я здоровий» і тому подібне, – постраждалий підлягає негайній госпіталізації!

## Додаток Г

### Евакуація постраждалого із салону автомобіля при ДТП

#### Техніка евакуації постраждалого з салону автомобіля:

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

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

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

За необхідності, після проведеної евакуації, іммобілізують пошкоджені кінцівки.





## Додаток Г

### Правила зняття захисного (мотоциклетного) шолома

#### Техніка зняття захисного шолома:

##### 1. Один рятувальник:

- стає на коліна біля голови постраждалого, відкриває забрало шолома, знімає окуляри і все, що заважає диханню (хустку, шарф тощо);
- відстібає застібку ремня (розрізає), долонями обох рук обхоплює з боків захисний шолом;
- обережно тягне його (знімає), злегка повертаючи передній край шолома, щоб не зачепити ніс, при цьому стежить за тим, щоб шийний відділ хребта був випрямлений.



##### 2. Другий рятувальник:

- стає на коліна збоку біля голови постраждалого, обома долонями випрямлених рук обхоплює його голову нижче шолома – чотири пальці обох рук підсовує під вуха, а великі пальці знаходяться на вухах, стежить при цьому, щоб шия постраждалого була випрямлена і нерухома;



- знявши шолом, голову постраждалого переймає інший рятувальник і тримає голову на тому ж рівні, як і раніше:



**В жодному разі голову не можна опускати на землю!**

- голову тримають таким чином: долоні міцно накладають на вуха, а пальцями так охоплюють нижню щелепу, щоб вона була дещо спрямована вгору.



Шийний комірць накладається після зняття шолома.

## Додаток Д

### Передозування опіоїдами

#### Ознаки передозування:

- ускладнене/пригнічене дихання (менш як 10-12 вдихів/хв) або зупинка дихання;
- ослаблення або зникнення пульсу;
- зниження рівня або втрата свідомості;
- суттєве звуження очної зіниці (діаметр менш як 2 мм);
- бліді шкірні покриви, ціаноз губ та кінчиків пальців.

#### Особами з підвищеним ризиком передозування опіоїдами є:

- особи, які залежні від опіоїдів, зокрема ті, що мають досвід передозування та/або знижену толерантність (після детоксикації, звільнення від ув'язнення, припинення лікування);
- особи, які застосовують опіоїди за призначенням, зокрема застосування у підвищених дозах;
- особи, які застосовують опіоїди в комбінації зі снодійними та седативними речовинами;
- особи, які застосовують опіоїди та мають інші тяжкі захворювання (вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), захворювання печінки або легень, депресія);
- особи, які вживають наркотичні засоби шляхом ін'єкцій, особливо при першому їх використанні;
- особи, які спільно проживають з особами, залежними від опіоїдів.

#### Застосування антидоту налоксон

Особи, які зобов'язані надавати домедичну допомогу відповідно до ст. 12 Закону України «Про екстрену медичну допомогу», можуть застосовувати антидот (налоксон) за умови, якщо вони пройшли відповідне навчання, а також якщо антидот (налоксон) входить до складу аптечки.

Особи, які надають постраждалим необхідну допомогу, можуть вводити антидот (налоксон) у дозуванні від 0,4 мг до 2 мг внутрішньом'язово при використанні ін'єкційної форми або 2 мг в носову порожнину (при використанні інтраназальної форми: розпилювання 1 мл антидоту (налоксону) у дозі 1 мг/мл у кожную ніздрю носа).

Оптимальним методом введення антидоту (налоксону) рятувальником є інтраназальне введення (в порожнину носа без порушення цілісності шкірних покривів) для розпилення на слизову оболонку. У разі використання розчину для ін'єкцій, – внутрішньом'язову ін'єкцію слід робити у зовнішню поверхню плеча або стегна.

Розробники:

**Інститут державного управління у сфері цивільного захисту**

вул. Вишгородська, 21,

м. Київ, 04074, Україна

тел.: (044) 430-02-22,

тел./факс: (044) 430-91-91

e-mail: [idusch.kyiv@mns.gov.ua](mailto:idusch.kyiv@mns.gov.ua)

[www.iducz.gov.ua](http://www.iducz.gov.ua)

**Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»**

вул. Братиславська, 3,

м. Київ, 04074, Україна

тел.: (044) 518-57-08,

e-mail: