

Міністерство освіти і науки України

**Тернопільський обласний комунальний інститут
післядипломної педагогічної освіти**

Тернопільська школа допризовної підготовки

Ягнич Ганна Йосипівна

План – конспект уроку із «Захисту Вітчизни»

***Тема 9.2 Організація надання першої медичної допомоги в бою.
Реанімація потерпілих.***

2010 рік

Список використаної літератури:

1. Популярна медична енциклопедія. Київ – 1991.
2. «Перша медична допомога», Харків: Фоліо, 2001.
3. К.О. Пашко, І.М.Герасимів. Військово – медична підготовка. Тернопіль. Укрмедкнига, 1999.
4. А.А.Гудима, І.М.Герасимів, М.М. Фука. Перша медична допомога. Тернопіль - 2007.
5. Военно – медицинская подготовка. Под ред. Д.Д.Кувшинского. М. Медицина, 1978.
6. К.И. Сергеев. Само – и взаимопомощь на поле боя при ранениях. Л, 1984.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: Ознайомити учнів з особливостями розшуку поранених на полі бою; навчити проводити первинний огляд поранених, надавати першу медичну допомогу; формувати практичні навички проведення підручних заходів реанімації потерпілих.

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ І ТЕРМІНИ: розшук, евакуація, асфіксія, медичні лямки, шприц – тубик, реанімація.

ОБЛАДНАННЯ: лямки санітарні, плащ – намет, або шинель, імпровізовані ноші, бинт, макет автомата, манекен, таблиці.

ПЛАН ЗАНЯТТЯ

I. МОТИВАЦІЯ ТЕМИ.

II. АКТУАЛІЗАЦІЯ ОПОРНИХ ЗНАНЬ.

III. ВИВЧЕННЯ НОВОГО МАТЕРІАЛУ.

1. Розшук поранених на полі бою.
2. Первинний огляд та надання першої допомоги потерпілим.
3. Збір, виніс (вивіз) і евакуація поранених з поля бою.
4. Алгоритм огляду та надання допомоги потерпілому. Ознаки смерті. Реанімація потерпілих.

IV. ЗАКРІПЛЕННЯ МАТЕРІАЛУ.

V. ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ.

ХІД ЗАНЯТТЯ

I. МОТИВАЦІЯ ТЕМИ.

Вступне слово вчителя.

В сучасній війні бойові дії можуть носити досить напружений і рішучий характер, будуть супроводжуватись великомасштабними руйнуваннями та надзвичайно високими людськими жертвами, що в багато разів перевищуватимуть втрати минулих війн. Можливе застосування ворогуючими сторонами ядерної зброї та інших видів сучасної зброї, що наближається за своїми характеристиками до зброї масового ураження, зумовить на полі бою значну кількість потерпілих з численними травмами. Значна частина уражених може знаходитись в пошкодженій техніці, в укриттях, засипана землею та уламками будівель і віднайти їх буде складно. Все це потребує проведення складних заходів, які вимагають великої затрати часу, сил, матеріальних засобів медичної служби, а також залучення значної кількості техніки і особового складу військ для якнайшвидшого проведення розшуку поранених та хворих на полі бою (осередку масових санітарних втрат), надання їм медичної допомоги і винесення (вивезення) до етапів медичної евакуації.

Вчасне надання першої медичної допомоги часто зберігає життя поранених та хворих, а своєчасна евакуація їх з поля бою запобігає

повторному ураженню та загибелі від вогневих засобів та бойової техніки. В цьому велику роль відіграє середній медичний персонал та безпосередньо весь особовий склад військ. Це означає, що кожен солдат повинен вміти і знати як забезпечити само – і взаємодопомогу на полі бою при пораненнях.

II. АКТУАЛІЗАЦІЯ ОПОРНИХ ЗНАНЬ.

1. Які види зброї вам відомо?
2. Які ушкодження можуть виникати на полі бою?
3. Які поранення є особливо небезпечними для життя людини?
4. Що таке смерть? Які види смерті вам відомо?
5. Що, на ваш погляд стає головною причиною смерті поранених на полі бою?

III. ВІВЧЕННЯ НОВОГО МАТЕРІАЛУ.

1. Розшук поранених на полі бою.

Порятунок поранених значною мірою залежить від рівня організації розшуку і винесення потерпілих з поля бою. Розшук поранених (уражених) – це комплекс організаційних заходів, що проводиться з метою виявлення всіх потерпілих при обстеженні поля бою, або в осередку масових санітарних втрат. Процес розшуку починається з моменту початку бою і прордовжується безперервно до виявлення всіх поранених (уражених).

Способи розшуку потерпілих обираються і змінюються залежно від бойової обстановки, а також від виду місцевості, пори року та погоди тощо.

Ділянку, на якій наступає підрозділ, поділяють на смуги спостереження. Спостерігачів інструктують про ознаки поранення бійців, а саме: під час бігу виникає миттєва зупинка, потім тіло повільно опускається у незвичній позі; падіння може супроводжуватись змахом рук, випусканням зброї. В ході бою санітари засікають місця перебування поранених і наближаються до них для надання допомоги, або доповідають санітарному інструктору роти.

Через різні обставини є необхідним додаткове виділення командуванням особового складу військ для розшуку поранених іншими способами:

- із залученням пошукових груп, яка складається із 2 – 3 військовослужбовців, що ретельно обстежує особливо важкодоступні місця, руїни будівель, підвали, підземні споруди, сховища тощо;
- способом санітарних «грабель», що дозволяє прочісувати місцевість, на якій різко обмежені можливості огляду – ліс, кущі, а також у нічний час і в сильний туман, під час хуртовин тощо. Цей метод, як правило, використовують після переходу бойових дій в інший район;
- використання для розшуку спеціально навчених для цього собак. Метод доцільний в умовах важкопрохідної місцевості, в лісисті – болотистих місцях, у населених пунктах, у нічний час, у туман тощо. Використовують собак і для розшуку поранених у руїнах будівель, у випадку засипання землею чи снігом.

- застосування механізованих засобів збирання є новішим та найбільш ефективним методом розшуку. У важкодоступних місцях на значній території ефективно застосування вертольотів. Пошук відбувається за квадратами у визначеному напрямку. При виявленні потерпілих вертоліт робить поряд посадки, а при неможливості її зависає в повітрі, й пораненого підіймають на борт спеціальним підіймальним пристроєм.

2.Первинний огляд та надання першої допомоги потерпілим.

Після того, як пошукова група або санітар добрався до потерпілого, починається огляд його та надання першої медичної допомоги. Інколи спочатку виникає необхідність терміново відтягнути його в більш безпечне місце, щоб уникнути вторинного ураження та загибелі від вогню противника.

Коли Ви наблизилися до постраждалого і він при свідомості, намагайтесь його заспокоїти і спершу скажіть, хто Ви такий, поясніть, що Ви хочете надавати йому допомогу.

Допомога постраждалим повинна надаватись швидко і якісно, але обдумано і послідовно. Послідовність залежить від правильної оцінки стану постраждалого, тобто виявлення основного ураження, яке найбільше загрожує в даний час його життю, для чого негайно проводять первинний огляд. Насамперед визначають чи поранений живий, при свідомості, яке основне поранення у нього, що найбільше загрожує його життю в даний час. Для цього:

1.Перевірте свідомість потерпілого. Якщо він не відповідає на ваші питання, стисніть трапецієподібний м'яз або долонею вдарте його по щоці.

2.Перевірте дихання (послухайте шум повітря наблизивши вухо до рота і носа постраждалого).

3.Перевірте наявність пульсу. Відсутність пульсу вимагає виконувати серцево - легеневу реанімацію.

Під час первинного огляду постраждалий знаходиться або в положенні, в якому ви його знайшли, або повернутим на спину.

Своєчасне і якісне надання медичної допомоги в багатьох випадках допомагає зберегти життя потерпілого, сприяє відновленню його боездатності і працездатності.

До першої допомоги на полі бою належать такі заходи: витягування поранених із бойової техніки, із завалів та інших місць їх перебування; гасіння палаючого обмундирування; одягання протигазу і засобів захисту шкіри на зараженій місцевості та введення антидоту ураженим ОР; усунення асфіксії; проведення штучного дихання; накладання стерильних пов'язок; припинення кровотеч; введення знебовувальних речовин із шприц – тубика; зігрівання потерпілого; давання йому води з фляшки.

Порядок проведення вказаних заходів залежать від того, які із ушкоджень у людини є найбільш небезпечними для життя. Спочатку проводиться необхідний лікувально - профілактичний захід, а вже потім інші. Наприклад, якщо у потерпілого виникла асфіксія, або розвинулась внаслідок того, що ротова порожнина і ніс забиті землею і, крім того, він має закритий перелом кінцівки та її опік, то спочатку треба очистити від землі рот і ніс,

провести штучне дихання до відновлення самостійного і лише потім вводити знеболювальну речовину, накладати на обпечену ділянку асептичну пов'язку і проводити іммобілізацію кінцівки.

Якість надання першої допомоги залежить також від умов бойової обстановки, ступеню кваліфікації осіб, які її надають та кількості осіб, які потребують допомоги і тяжкості їх ураження.

Для надання першої медичної допомоги при пораненнях у кожного військовослужбовця має бути:

- пакет перев'язувальний індивідуальний (ППІ);
- аптечка індивідуальна, в якій є знеболювальна речовина в шприц – тюбіку і протибактеріальна речовина у вигляді таблеток.

Використовується також майно, що міститься в аптечках військових, які є в бойових машинах і танках: стерильний шприц, пов'язки медичні, джгут кровоспинний, безпечні шпильки, косинка медична, розчин йоду, розчин аміаку.

Для надання першої медичної допомоги пораненим на полі бою можуть використовуватись і підручні засоби (поясний ремінь, стрічка, пучки гілок, особиста зброя тощо.)

3. Збір, виніс (вивіз) і евакуація поранених з поля бою.

Залежно від обставин, що склалися на полі бою, виникає необхідність відтягування пораненого в укриття з метою захисту від повторного ураження, а також від потрапляння під техніку, яка рухається в будь-яких напрямках. Здебільшого відтягування здійснюється після надання першої медичної допомоги, але при появі реальної загрози життю потерпілого - і до її надання. Як укриття можна використовувати воронки від вибуху боєприпасів, бажано накриті ділянки траншей, рови, бліндажі, землянки, протилежний противнику бік пагорба, за підбитою бойовою технікою тощо. Тут поранених розташовують тимчасово, тільки при відсутності можливості евакуації їх у тил (в МПБ, МПП). Для захисту потерпілих від несприятливих погодних чинників необхідно в холодну пору року вжити всіх заходів щодо уникнення їх переохолодження: потрібно класти поранених на суху підстилку із соломи, трави, гілок, на шинель, брезент та інші придатні матеріали, що є поряд, ці матеріали можна використати і для їх накривання; в спеку уражених розміщують у тіні або створюють її за допомогою плащ-наметів, шинелей, курток тощо.

Відтягування, як правило, проводиться на невеликі (10-20 м) відстані однією людиною на собі або із застосуванням як підручних, так і табельних засобів. На полі бою частіше відтягують на собі в положенні **на боці або на спині**, що залежить від характеру поранення. Так, поранених у голову, верхні кінцівки, грудну клітку та живіт краще відтягувати на боці, а з пораненнями хребта, задньої поверхні тіла та нижніх кінцівок - на спині. Враховуються при виборі способу відтягування також рельєф місцевості та конкретні умови бойової обстановки.

Для відтягування **на боці** санітар лягає на бік позаду пораненого, потім кладе його голову собі на груди, а тіло - на підтягнуту і зігнуту в коліні ногу. Потерпілий може лежати на санітарі, залежно від характеру ушкодження, обличчям донизу, на боці або на спині. Вільною рукою санітар тримає

пораненого, а другою рукою та вільною ногою відштовхується від землі й повзе боком, зброя (своя й ураженого) утримується на передпліччі руки, що лежить на землі.

Для відтягування на спині санітар повинен покласти пораненого на здоровий бік і лягти своєю спиною впритул до його грудей, потім обережно підвести свою ногу, що лежить на землі й трохи зігнута в коліні, під ноги потерпілого. Якщо санітар лежить на правому боці, то правою рукою він бере ліву руку пораненого, а лівою-за штани зі сторони спини в ділянці сідниць. Якщо він лежить на лівому боці, тоді лівою рукою бере праву руку потерпілого, а свою праву руку заводять за спину пораненого і бере за штани в ділянці сідниць. Потім сильним, але не різким, рухом санітар, утримуючи потерпілого біля своєї спини, перевертається на живіт, ноги ураженого повинні опинитися між ногами санітара. Рухається санітар, відштовхуючись від землі тільки однією ногою, поки не втомиться, після чого відштовхується іншою ногою. Це дозволяє уникнути розкачування і звалювання пораненого зі спини під час руху. Зброю свою і потерпіло санітар утримує на передпліччі вільної руки. (Н-М-1).

Ці способи відтягування доступні для фізично міцного санітара, тому що потребують значних зусиль. Ефективно застосовувати підручні (мотузку, шинель, плащ-намети, достатній щодо величини шмат брезенту, зв'язані до купи гілки дерев, лижі та інші імпровізовані волокуші) і табельні (лямки, човники-волокуші, санітарні ноші, що встановлені на лижах) засоби.

Взимку необхідно використовувати як волокуші кілька скріплених разом лиж, листи фанери, гілки, бляху, на які найкраще покласти легку підстилку, а вже на неї - поранених. Із табельних засобів застосовують човники-волокуші, що виготовляються з дерева або легких металевих сплавів.

Можна тягнути пораненого за допомогою лебідки санітарного транспортера (або іншого транспорту), що знаходиться в укритті. У цьому випадку санітар тягне волокушу до потерпілого за лямку, яка одним кінцем прикріплена до волокуші, а до другого кінця її приєднаний розмотаний трос лебідки. Добравшись до пораненого, санітар кладе його у волокушу і подає умовний сигнал водію-санітару транспортера про можливість відтягування, після чого той включає лебідку.

При відсутності прямого вогню противника на значні відстані потерпілих виносять, або вивозять з поля бою використовуючи при цьому підручні та табельні засоби. Винос можуть здійснювати один, два і більше санітарів. Вони повинні володіти різними способами винесення (вивезення) потерпілих. При виборі конкретного способу слід враховувати характер поранення, щоб застосувати найбільш оптимальний, який не загрожує додатковим травмуванням. За необхідності для цього виготовляються відповідні засоби для винесення та засоби для проведення транспортної іммобілізації (шини, ноші тощо).

Першочергово винесенню (вивезенню) з поля бою підлягають потерпілі в стані шоку, або з втратою свідомості, з проникаючим пораненням живота, що супроводжується випаданням кишків, з ознаками вираженого розладу дихання, значними опіками та великою втратою крові.

4. Алгоритм огляду та надання допомоги потерпілому. Ознаки смерті.

Реанімація потерпілих.

При відсутності ознак дихання і серцебиття життя постраждалого може бути врятоване, якщо вдасться відновити і підтримати дихання і кровообіг.

При тяжких станах зразу за зупинкою дихання, як правило, протягом декількох хвилин відбувається зупинка серця і настає клінічна смерть. Цей період, тривалістю 3-5 хв., протягом якого ще продовжуються мінімальний газообмін та інші обмінні процеси і людину ще можна оживити, якщо провести штучне дихання і відновити серцеву діяльність (масаж серця). Ознаки **клінічної смерті**: *серце не б'ється, відсутнє дихання і свідомість, зіниці розширені і не реагують на світло, шкірні покриви різко бліді або синюшні, відмічається відсутність тону м'язів.*

У цій ситуації важливі навіть секунди, тому що швидко настає біологічна смерть. У випадках, коли момент настання клінічної смерті не встановлений, вказані заходи щодо відновлення дихання і роботи серця необхідно проводити до того часу, поки не відновиться самостійне дихання і серцебиття або з'являться ознаки біологічної смерті.

Прийняття рішення щодо необхідності серцево-легеневої реанімації відбувається під час первинного огляду.

Крок 1. Якщо після забезпечення прохідності дихальних шляхів (закинута голова назад або висунута нижня щелепа вперед і проведений туалет ротової порожнини) Ви констатуєте, що у постраждалого немає дихання - відразу виконуєте 2 повних вдихання методом "рот-в-рот" у легені постраждалого. При цьому пальцями однієї руки закриваєте ніс постраждалого, на рот кладете носову хустинку або шматок бинта, щільно охоплюєте губи постраждалого своїми губами і виконуєте 2 повних вдихання.

Труднощі при вдиханні в легені найчастіше виникають внаслідок непрохідності верхніх дихальних шляхів. За цих обставин необхідно покращити їх прохідність - ще сильніше закинути голову назад або висунути нижню щелепу вперед й знову виконати 2 вдихання.

Крок 2. Якщо самостійне дихання відсутнє визначте протягом 10 с наявність пульсу на сонній артерії. При відсутності пульсу розпочинайте серцево-легеневу реанімацію (штучне дихання і непрямий масаж серця), при наявності пульсу - тільки штучне дихання.

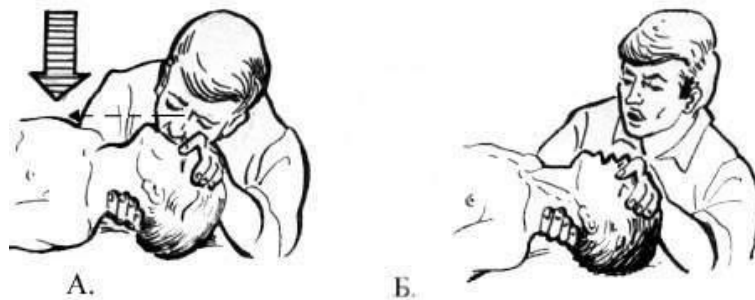
Заходи серцево-легеневої реанімації повинні починатися без затримки, відразу на місці події, і чим раніше вони розпочнуться, тим більше шансів на подальше успішне лікування. При затримці реанімаційних заходів нерідко вдається відновити функції органів дихання і кровообігу, проте в результаті кисневого голодування клітин головного мозку настає їх загибель - декортикація. Постраждалих або вмирає через деякий час, або у нього залишаються тяжкі психоневрологічні розлади, які несумісні з нормальним життям людини. Незалежно від причин гострих розладів цих систем, реанімаційні заходи повинні забезпечувати достатнє насичення організму киснем, перш за все головного мозку, що може бути досягнуто лише при

одночасному проведенні штучної вентиляції легень і непрямого масажу серця.

Штучна вентиляція легень. Часте і поверхнєве дихання аж до відсутності дихальних рухів грудної клітки, поряд із загальними ознаками зупинки дихання (посиніння шкірних покривів і слизових оболонок, пришвидшення, а пізніше нечастий, нерівномірний наповнення пульс, судоми, втрата свідомості), є показаннями до проведення допоміжної або штучної вентиляції легень, ще до повної зупинки дихання і серцевої діяльності та настання колапсу (різкого падіння артеріального тиску).

Перед початком проведення штучного дихання постраждалого треба покласти на спину на тверду поверхню, розстебнути одяг, що стискає грудну клітку, (комір, пояс, бюстгальтер) і забезпечити вільну прохідність дихальних шляхів.

Той хто надає допомогу стає на коліна біля голови постраждалого, однією рукою утримуючи її в максимально закинутаго назад положенні, великим пальцем другої руки відтягує нижню щелепу. Потім він, робить глибокий вдих, безпосередньо чи через марлю щільно охоплює рот хворого своїми губами і робить повний видих (неповний - дітям від 1 до 8 років, легкий - дітям до 1 року), одночасно спостерігаючи за розширенням грудної клітки. Для запобігання виходу повітря через ніс постраждалого його затискують пальцями руки, яка розміщена біля лоба, для утримання голови в закинутаго положенні. Вихід повітря відбувається пасивно за рахунок самовільного спадання і зменшення об'єму грудної клітки хворого.



Маленькій дитині вдихають повітря одночасно, в його рот і ніс, затиснувши їх своїми губами.

Важливим у проведенні штучного дихання є ритм виконання вдукань: дорослим - на 4 секундних такти - рятувальник вдихає повітря в себе, на 5 - вдуває в постраждалого (протягом 1,5 с), дітям, молодшим 8 років - на 2 секундних такти - рятувальник вдихає повітря в себе, на 3 - вдуває в постраждалого (протягом 1,5 с).

Коли у постраждалого відмічаються відкриті або закриті травми нижньої та верхньої щелеп використовується метод штучної вентиляції легень "із рота в ніс". Голова постраждалого також максимально закидається й утримується однією рукою, яка лежить на його тімені, другою рукою потрібно трохи підняти нижню щелепу і закрити рот. Той, хто надає допомогу, робить глибокий вдих і своїми губами щільно охоплює ніс постраждалого - здійснюється вдукання повітря. Якщо грудна клітка спадається недостатньо, рот постраждалого під час видиху повітря трохи відкривають.

Найчастішою помилкою при проведенні штучного дихання цими методами є недостатнє закидання голови, внаслідок чого не відновлюється прохідність дихальних шляхів і повітря, що вдувається, потрапляє в шлунок постраждалого. При цьому появляється випинання в підреберній ділянці. Для попередження виходу повітря зі шлунковим вмістом, який може попасти в дихальні шляхи, необхідно після кількох вдувань натискати долонею на середину верхньої частини живота.

При надходженні в ротovu порожнину шлункового вмісту, голову і плечі постраждалого необхідно повернути вбік і знову очистити рот.

Штучне дихання бажано проводити в сухому теплому місці, так як охолодження тіла постраждалого збільшує кисневе голодування.

Від частих дихальних рухів той, хто надає допомогу, може відчувати запаморочення і слабкість, тоді його доцільно підмінити. Вдування повітря слід проводити довго і наполегливо. Показниками ефективності вентиляції легень є помітне розширення грудної клітки при вдуванні повітря, почервоніння шкірних покривів і відновлення самостійного дихання (грудна клітка постраждалого піднімається в такт з вдихом).

Закритий масаж серця. При зупинці або дуже різкому послабленні серцевої діяльності кровообіг по судинах припиняється. Основні ознаки зупинки серця: зомління (втрата свідомості); відсутність пульсу, зокрема на сонних та стегнових артеріях; зупинка дихання; блідість або синюшність шкірних покривів і слизових оболонок (губ); розширення зіниць; судоми, які можуть з'явитись у момент втрати свідомості й бути першою помітною для оточуючих ознакою зупинки серця. Суть закритого масажу серця полягає в ритмічному стисканні його між грудиною і хребтом. При натискуванні на грудину кров виштовхується з порожнин серця: із лівого шлуночка в аорту, а далі - в артерії; з правого шлуночка - в легенеvu артерію. Після припинення натискання на грудну клітку порожнини серця знову заповнюються кров'ю.

Дітям 1-8 років закритий масаж серця необхідно робити однією рукою з частотою 80 раз за хвилину, а дітям грудного віку - кінчиками перших пальців, із частотою 120 натискань за хвилину. Точка прикладання пальців для дітей до 1 року – на ширину одного пальця нижче міжсоскової лінії. Обережно потрібно проводити масаж серця у людей похилого віку, тому що при грубому виконанні масажу можуть бути переломи ребер.



Якщо заходи серцево-легеневої реанімації здійснює одна людина, то через кожних п'ятнадцять стискань грудної клітки припиняється масаж серця на дві-три секунди і в цей час робиться два сильних вдування за методом “із рота в рот” або “з рота в ніс”. При наданні допомоги двома особами,

необхідно після кожних п'яти натискань на грудну клітку подавати команду "Вдих", і, в цей час, другий рятувальник повинен провести одне вдихання повітря в легені.

Показниками ефективності масажу серця є поява пульсу на великих артеріях (сонній, стегновій), звуження зіниць, порожевіння шкіри та поява слабких дихальних рухів.

У випадку успішних реанімаційних заходів постраждалого перекладають на бік у стабільне бокове положення, яке забезпечує прохідність дихальних шляхів, постійний контроль рятувальника і у випадку необхідності - швидке перевертання на спину для продовження реанімаційних заходів.

Якщо через 30-40 хвилин від початку масажу серця і вентиляції легень серцева діяльність не відновлюється, зіниці залишаються широкими, з'являються трупні плями на шкірі та помутніння рогівки, що є ознакою настання біологічної (справжньої) смерті, оживлення можна припинити.

Після оживлення постраждалого загортають в ковдру або вкривають одягом, обкладають грілками і роблять масаж верхніх і нижніх кінцівок від периферії до центру. Навіть при швидкому відновленні дихання і серцевої діяльності, необхідно постраждалого терміново доставити в лікувальний заклад у напівлежачому положенні на ношах в зв'язку з можливим розвитком набряку або запалення легень, ниркової недостатності тощо.

ІV. ЗАКРІПЛЕННЯ ВИВЧЕНОГО МАТЕРІАЛУ

1. Назвіть основні способи розшуку поранених на полі бою. Від чого залежить їх вибір?
2. Назвіть і покажіть способи наближення санітара до потерпілих на полі бою?
3. Які заходи ПМД і ким проводяться на полі бою?
4. Якими способами відтягують поранених з поля бою. Від чого залежить їх вибір?
5. Коли і як проводяться реанімаційні заходи першої медичної допомоги?

У. ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ.

1. Вивчити конспект.
2. Навчитись практичному виконанню вправи (Н-М-1) по відтягуванню пораненого з поля бою.
3. Навчитись практично проводити алгоритм огляду потерпілих та заходи реанімації на манекені.

Технологія серцево-легеневої реанімації, яку виконує один рятувальник

Технологічні прийоми	Дорослий (більше 8 років)	Дитина (1-8 років)	Немовля (до 1 року)
Положення рук	Дві руки на нижній половині грудини на ширину 2-х пальців вище нижнього краю грудини	Одна рука на нижній половині грудини на ширину 2-х пальців вище нижнього краю грудини	Два пальці на ширину 1 пальця нижче лінії, яка з'єднує соски
Глибина поштовхів	Приблизно 4-5 см	Приблизно 3 см	Приблизно 2 см
Вдування	До підняття грудної клітки протягом 1,5-2 с	До підняття грудної клітки протягом 1-1,5 с	До підняття грудної клітки протягом 1-1,5 с
Цикл	15 поштовхів – 2 вдування	5 поштовхів – 1 вдування	5 поштовхів – 1 вдування
Темп	15 поштовхів за 10 с	5 поштовхів за 3 с	5 поштовхів за 3 с
Рахунок	1,2,3...15 – 2 вдування	1,2,3,4,5 – 2 вдування	1,2,3,4,5 – 2 вдування

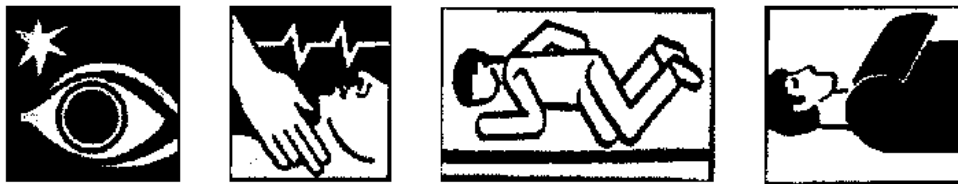
Алгоритм реанімаційних заходів ПМД



При наданні допомоги однією особою



При наданні допомоги двома особами



Завдання для тематичного оцінювання навчальних досягнень по темі 9.2

Варіант 1

I рівень

1. Процес розшуку потерпілих на полі бою починається:

- а) з самого початку бойових дій;
- б) по закінченні бою;

2. Для розшуку потерпілих на великих територіях найефективнішим є використання:

- а) пошукових груп;
- б) спеціально навчених собак;
- в) способу санітарних «грабель»;
- г) механізованих засобів збирання.

II рівень Доповніть речення.

3. До пошукових груп входить _____ військовослужбовців.

4. На полі бою та в осередку ураження перша медична допомога надається _____

III рівень

5. Установіть черговість евакуації потерпілих при масових ураженнях.

Поставте порядкові номери:

- Поранені зі значними кровотечами
- Особи з переломами
- Потерпілі, які перебувають у шоковому стані

6. Заповніть таблицю: Способи відтягування потерпілих в залежності від місця поранення:

№ пп.	Місце поранення	Спосіб відтягування у положенні
1.	При пораненні голови	
2.	При пораненні живота	
3.	При пораненні нижніх кінцівок	
4.	При пораненні хребта	

IV рівень

7. Опишіть методику проведення заходів реанімації одним реаніматором -?

Варіант 2

I рівень

1. Відтягування потерпілого з поля бою здійснюється:
 - а) до надання ПМД;
 - б) після надання ПМД;
2. Достовірними ознаками біологічної смерті є:
 - а) відсутність дихання і серцебиття;
 - б) холодні кінцівки;
 - в) поява трупного залякання;
 - г) відсутність рефлексів.

II рівень

Доповніть речення.

3. Потерпілого з пораненням живота необхідно відтягувати у положенні _____
4. Шприц - тюрбик використовують при _____

III рівень

5. Що зображено на малюнку -? Поясніть, яка необхідність даних заходів -?



6. Встановіть черговість заходів ПМД:
 - Перевірити свідомість
 - Накласти стерильну пов'язку
 - Провести іммобілізацію травмованих кінцівок
 - Зупинити масивну кровотечу

IV рівень

7. Опишіть алгоритм первинного огляду потерпілого -?

Варіант 3

I рівень

1. Який спосіб наближення до потерпілого є найкращим на відкритій місцевості під час бойових дій:

- а) пригинаючись;
- б) здійснюючи короткі перебіжки;
- в) переповзання в положенні по - пластунськи.

2. Основними показаннями для проведення заходів реанімації є:

- а) відсутність свідомості;
- б) відсутність дихання і пульсу;
- в) поява трупного залякання;
- г) висихання рогівки очей.

II рівень

Доповніть речення.

3. Для розшуку поранених використовують спеціально навчених собак у таких випадках: _____

4. Для надання першої медичної допомоги при пораненнях у кожного військовослужбовця повинні бути: _____

III рівень

5. Заповніть таблицю:

Методика виконання заходів реанімації одним рятувальником.

№ пп.	Технологічні прийоми	Дорослим	Дітям (1 - 8 р.)	Немовлятам (до 1 р.)
1.	Положення рук			
2.	Глибина поштовхів			
3.	Цикл			

6. Розгляньте малюнок та опишіть послідовність заходів.



1.

2.

3.

4.



5.

6.

7.

8.

9.

IV рівень

7. При проведенні заходів реанімації потерпілого вже через 30 хвилин відбулось помутніння рогівки. Про що це свідчить -? Які ваші подальші дії.