

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

Сумська філія

Кафедра гуманітарних дисциплін

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

**із навчальної дисципліни «Домедична підготовка»
обов'язкових компонент
освітньої програми першого (бакалаврського) рівня вищої
освіти**

262 Правоохоронна діяльність (поліцейські)

**за темою №3 - Організація надання домедичної допомоги на місці
події**

Суми, 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.2023 р. № 7

СХВАЛЕНО

Вченою радою Сумської філії
ХНУВС
Протокол від 29.08.2023 р. № 8

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з юридичних дисциплін
Протокол від 29.08.2023 р. № 7

Розглянуто на засіданні кафедри гуманітарних дисциплін Сумської філії
ХНУВС
Протокол від 29.08.2023 №2

Розробник:

Наталія ТЕРЕЩУК, викладач кафедри гуманітарних дисциплін Сумської
філії Харківського національного університету внутрішніх справ

Рецензенти:

1. Доцент кафедри педіатрії Сумського державного університету,
кандидат медичних наук **Олена РЕДЬКО**
2. Професор кафедри криміналістики, судової експертології та домедичної
підготовки Харківського національного університету внутрішніх справ,
доктор юридичних наук, професор **Руслан СТЕПАНЮК**

План лекції

1. Правила поведінки на місці події.
 - А) власна безпека та доступ до постраждалого;
 - Б) безпека постраждалого та інших осіб;
2. Техніка проведення огляду постраждалого;
 - А) надання психологічної підтримки постраждалим;
3. Сучасні вимоги до проведення екстреної евакуації постраждалого. положення постраждалого під час транспортування:
 - А) піднімання та переміщення постраждалого;
 - Б) транспортування постраждалого;
 - В) методи піднімання постраждалого. Технічні засоби.

Рекомендована література:

Основна

1. Волянський П. Б., Гур'єв С. О. Домедична допомога на місці події: практичний посібник. Видавничий дім «Гельветика», 2020. 225 с. URL: <https://dsns.gov.ua/upload/9/5/7/9/2020-5-19-112-posibnik.pdf>
2. Домедична підготовка : підручник / за заг. ред. В. В. Стеблюка. Харків : Право, 2020. 341 с. URL: <https://library.gov.ua/domedychna-pidgotovka/>
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи : нормативні показники, трактування змін/ за ред. Проф. Ю.М.Мостового. 25 -те вид., змін. Та доповн. Київ: Центр ДЗК, 2018. 792 с. URL: <https://library.gov.ua/suchasni-klasifikatsiyi-ta-standarty-likuvannya-zahvoryuvan-vnutrishnih-organiv-nevidkladni-stany-v-terapiyi/>
4. Халмурадов Б. Д., Волянський П. Б. Медицина надзвичайних ситуацій: підручник. Центр навчальної літератури, 2016. 208 с. URL: <https://emergency.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/09/Навчальний-посібник-Медицина-надзвичайних-ситуацій.-Екстрена-медична-допомога..pdf>
5. Домедична підготовка : навч. посіб. / кол. авт.: В. В. Кікінчук, С. О. Книженко, Т. І. Савчук та ін.; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків: ХНУВС, 2021. – 176 с. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/c38d29e9-c936-4c00-9795-07e31c3db954/content>

Текст лекції

1. Правила поведінки на місці події

Під час надання домедичної допомоги на місці події працівник поліції має обов'язково дотримуватися певних правил поведінки, виконуючи відповідні алгоритми поетапно та якомога швидше.

Оцінюючи ситуацію, передусім слід *чітко визначити наявність/відсутність небезпеки* для рятівника. Якщо ситуація не становить небезпеки, слід здійснити евакуацію в безпечне місце та надати домедичну допомогу, викликати медиків чи транспортувати постраждалого до лікарні. Натомість наявність небезпеки вказує на неможливість роботи в небезпечній зоні без захисного спорядження та необхідність виклику фахівців, які спеціалізуються на знешкодженні цього виду небезпеки (наприклад саперів), що зробить зону умовно безпечною для надання домедичної допомоги.

Проаналізувати наявну ситуацію дає змогу постановка таких запитань:

- що саме сталося (дорожньо-транспортна пригода, потоплення, вибух, падіння тощо);
- чим небезпечні такі ситуації;
- чи є загроза для роботи команди рятівників;
- якою є кількість постраждалих;
- чи достатньо ресурсів у команди рятівників;
- чи потрібна допомога фахівця?

Іншим не менш важливим завданням рятівників є *здійснення постійного контакту в рятувальній групі та координації дій зі службами «101», «103», «104» та «112».*

Для оптимізації роботи в команді рятівників із більш ніж двох осіб варто розмежувати між ними обов'язки, серед яких основними є ролі координатора (старшого групи) та медкерівника. *Координатор* відповідає за загальну навколишню обстановку, забезпечення взаємодії з іншими командами та службами, графік часу, заповнення документації. *Медкерівник* керує роботою з надання домедичної допомоги постраждалому. Слід зважати на те, що найдосвідченіший член групи повинен управляти зазначеним процесом незалежно від його звання та спеціальності.

Під час надання домедичної допомоги постраждалому рятівник також може травмуватися, про що можуть просто не знати інші поліцейські (за цих умов постраждалого врятовують, а власне рятівника можуть не знайти).

Неприпустимою є також ситуація, за якої поліцейські оперативно евакуювали постраждалого в безпечне місце, надали йому необхідну допомогу, але чекають півгодини на евакуаційний транспорт або швидку, яка запізнюється через затор із натовпу перехожих або через неправильно зазначену адресу.

Аргументацією виклику поліцейським працівників служби екстреної швидкої допомоги («103») є всі невідкладні стани людини або особисте прохання постраждалого чи його опікуна.

Викликаючи карету швидкої, слід обов'язково повідомити такі дані:

- власні особисті дані (посада, звання, ім'я);
- сутність події (механізм травми, наявні ушкодження або підозра на ушкодження, стан постраждалого);
- кількість постраждалих і короткий опис характеру ушкоджень кожного;
- місце події (адреса, додаткові орієнтири);
- вид наданої допомоги;
- механізм травми (такі дані можна навіть надавати «зі слів очевидців»).

Рятівникові обов'язково слід пам'ятати, що під час телефонної розмови *першим кладе трубку диспетчер швидкої допомоги*.

Варто заздалегідь скласти план дій на випадок масового травмування (відповідальні, функції та взаємодія, правила евакуації та надання допомоги, схеми зв'язку тощо). Надання домедичної допомоги слід здійснювати за чітким алгоритмом та якомога швидше.

Власна безпека та доступ до постраждалого

Дотримання правил особистої безпеки є пріоритетним завданням рятівника під час надання домедичної допомоги, зокрема з огляду на такі аспекти:

- фізичний (травми, поранення, отруєння, транспорт, електрика, газ, вода тощо);
- біологічний (гепатит, ВІЛ, туберкульоз) – усіх постраждалих слід вважати потенційно інфікованими на вірусні гепатити й ВІЛ;
- юридичний (нормативно-правова обґрунтованість дій рятівника, постійне інформування постраждалого та його оточення про ці дії, дотримання правил гендерної політики та повага до релігійних особливостей осіб).

Залежно від місця події виокремлюють три види надання домедичної допомоги постраждалим:

- допомога в умовах дії прямої загрози (червона зона – «гаряча»), що відповідає зоні надання допомоги постраждалим в умовах дії безпосередньої небезпеки (обстріл, задимлення автомобіля, вибух тощо);
- допомога в умовах дії непрямой загрози (жовта зона – «тепла»), котра відповідає зоні надання допомоги за межами дії безпосередньої загрози, але з ризиком її виникнення (узбіччя проїжджої частини, територія неподалік зони перестрілки чи надзвичайної ситуації);
- допомога за умови відсутності загрози та проведення евакуації або госпіталізації (зелена зона – «холодна»), що відповідає зоні безпечного місця, яке потенційно не може стати загрозливим (де можуть працювати медики).

Безпека постраждалого та інших осіб. Особа, яка надає домедичну допомогу, обов'язково має дотримуватися вимог щодо захисту прав постраждалих. Поліцейський має виявляти чесність, співчуття, повагу, дотримуватися правил гігієни, діяти впевнено, бути вмотивованим, комунікабельним і готовим до командної роботи.

Крім цього, особливо важливим є дотримання правил психологічної підтримки постраждалого та його оточення.

Слід заздалегідь ретельно підготувати засоби індивідуального захисту та евакуаційне спорядження. Якщо рятівник цього не зробив, то частина завдань залишиться нереалізованою або ж буде надто затратною щодо фізичних дій, а частина – становитиме небезпеку для рятівника (наприклад, якщо він забув медичні рукавички). У такому разі варто зважати на можливість заміни відсутнього спорядження підручними матеріалами.

Як *підручні засоби* надання першої медичної допомоги можна використовувати: для накладення пов'язок – чисте простирадло, сорочку, тканину (однотонного світлого кольору); для зупинки кровотечі – закрутку з хустки чи тканини; у разі переломів – фанеру, дошки, газети тощо.

Водночас обов'язково слід усунути небезпечні стани, які передусім призводять до смерті, та надалі діяти за відповідним алгоритмом, зокрема:

- за наявності кровотечі – зупинити її;
- забезпечити прохідність дихальних шляхів;
- здійснити комплекс реанімаційних дій (за відсутності ознак життя);
- відновити дихання в разі пневмотораксу;
- у межах проведення евакуації зафіксувати голову постраждалого, постійно підтримувати з ним голосовий контакт;
- якщо постраждалий непритомний і тактична ситуація не дає змоги розпочати надання домедичної допомоги, потрібно перевернути його на бік (надати йому стабільного положення);
- після оцінювання стану одного постраждалого слід невідкладно здійснити огляд наступного (під час зосередження на наданні допомоги лише одному постраждалому можуть загинути люди, які не дочекалися ваших дій).

2. Техніка проведення огляду постраждалого

Важливим аспектом проведення *первинного обстеження* та надання адекватної допомоги є впевненість рятівника в тому, що постраждалий не становить загрози для себе й оточуючих. Якщо в постраждалого з'являється будь-яка зміна психічного стану чи прояви неадекватної поведінки перед обстеженням і наданням допомоги його слід роззброїти та переконатись, що в нього немає предметів, які можуть становити загрозу (якщо це не було зроблено попередньо). Також рятівникові варто звертати увагу на предмети, які можуть бути вибухонебезпечними.

Водночас слід оцінити:

- місце події, зокрема щодо наявності загроз для рятівника;

- положення постраждалого;
- характер ушкоджень;
- наявність/відсутність у постраждалого критичної кровотечі.

Підходити до особи потрібно з боку голови, пам'ятаючи про особисту безпеку. Зброя в поліцейського має бути поза межами досяжності для постраждалого. *Головний принцип дій рятівника* – безпека рятівника є важливішою, ніж безпека постраждалого.

Рятівник передусім має перевірити, чи постраждалий притомний та чи реагує він на слова (усвідомлює їх чи ні). Це можна зробити за допомогою постановки таких простих запитань: «Що з вами трапилось?», «Вам потрібна допомога?».

Підходячи ближче до постраждалого, варто голосно перепитати, чи з ним усе гаразд, оцінюючи те, як він реагує на різкий голос. Також рекомендовано злегка потрусити людину за плече або постукати рукою об підлогу, оскільки рятівник може мати справу з глухим. Слід урахувати також те, що вибухи біля обличчя можуть спровокувати в людини агресивну реакцію, тому рятівникові варто заздалегідь подбати про власну безпеку.

За відсутності реакції на голос рятівник має обрати зручну для відходу позицію (стоячи на одному коліні збоку від постраждалого за можливості блокування його найближчої руки). Після цього слід перевірити реакцію потерпілого на біль шляхом натискання між його першим та другим пальцями руки або стискання трапецієподібного м'яза спини. Іншою рукою поліцейський має забезпечувати блокування від можливої агресії. Відсутність у постраждалого реакції вказує на те, що він непритомний.

Якщо постраждалий притомний та адекватний (говорить), то вважають, що його дихальні шляхи відкриті. Натомість непритомного постраждалого слід покласти на спину, обережно відкрити рот та оглянути ротову порожнину щодо наявності сторонніх тіл, крові, слизу, блювотних мас. Якщо виявлено сторонні тіла – нахилити голову постраждалого вбік і вичистити вміст ротової порожнини за допомогою бинта чи тканини одягу, роблячи своїми пальцями кругові рухи за чи проти годинникової стрілки. Для захисту пальців рятівника від укусів варто затиснути щоку постраждалого йому між зубами або вставити туди якусь тканину.

Для відкривання дихальних шляхів використовують *прийом Сафарі*, згідно з яким слід:

- закинути голову постраждалого назад;
- відкрити йому рот;
- вивести донизу нижню щелепу.

Ця маніпуляція закриває вхід до стравоходу постраждалого, піднімає корінь його язика та відкриває трахею, що дає йому можливість дихати, а рятівникові – визначити наявність/відсутність самостійного дихання в постраждалого.

У разі підозри на ушкодження шийного відділу хребта рухати головою постраждалого заборонено. На це вказує так зване правило шести «В»: «водій» (дорожньо-транспортна пригода), «вода» (пірнання), «висота» (падіння з висоти), «вибух», «вішальник», «враження струмом». У такому разі слід лише вивести донизу його нижню щелепу.

Наступним етапом первинного огляду є перевірка наявності дихання постраждалого за методикою «бачу, чую, відчуваю», який полягає в тому, щоб:

- *бачити* рухи своєї руки та грудної клітки постраждалого;
- *чути* дихання вухом;
- *відчувати* дихання щогою.

Для виконання цього завдання слід тримати одну руку на лобі постраждалого (щоб уникнути розпрямлення розігнутої шиї), а іншу – поставити на мечоподібний відросток грудної кістки (сонячне сплетіння) та нахилитися вухом до обличчя постраждалого. Ефективність дихання оцінюють протягом 10 с. Рекомендовано рахувати до 10-ти через слово «500» (500–1, 500–2, 500–3, ... 500–10), щоб не збитися з підрахунку кількості вдихів у постраждалого.

Нормою дихання непритомного вважають кількість *від двох до п'яти вдихів за 10 с.* Причому слід урахувати, що нормальна частота дихання в дорослого становить 12–18 вдихів за хвилину, а в підлітка – 20–30. Залежно від отриманих даних можуть виникнути певні тактичні ситуації, що передбачають відповідний алгоритм дій:

- якщо було констатовано *один рух* грудної клітини, це потрібно вважати похибкою або неефективним диханням (слід вважати, що дихання відсутнє). Такий результат потребує повторної перевірки та передбачає здійснення серцево-легеневої реанімації (за тактичної можливості);

- у разі, якщо отриманий результат становить *від двох до п'яти вдихів* (ураховуючи вікові особливості), це вважають нормальним диханням, за якого здебільшого не йдеться про критичні для організму стани (кровотечі, пневмоторакс). За наявності декількох постраждалих надання допомоги цьому постраждалому не є пріоритетним. Зокрема, йому слід надати стабільного положення та спостерігати за динамікою;

- якщо результат перевірки дихання становить *понад п'ять вдихів* за 10 с, це вказує на наявність небезпечних для життя станів і свідчить про травму грудної клітки й розвиток напруженого пневмотораксу або про внутрішню кровотечу. Цей варіант зобов'язує рятівника негайно розпочати повний вторинний огляд, намагаючись встановити ознаки пневмотораксу чи кровотечі, які не було виявлено одразу.

Якщо постраждалий дихає нормально, для забезпечення в непритомної людини вільного дихання без додаткового залучення рятівника слід надати йому стабільного бічного положення (перевернути на бік). Для цього варто діяти згідно з алгоритмом:

- «вільна каса» – підняти та рівно покласти на підлогу ближчу відносно рятівника руку постраждалого;

- «дзвінок другу» – іншу руку постраждалого покласти й притиснути до його вуха з боку піднятої руки;
- «потанцюємо» – зігнути протилежну від рятівника ногу постраждалого в коліні та, використовуючи його зігнуте коліно та плече як важелі, перевернути на бік обличчям до себе;
- поправити ступні ніг постраждалого, розставивши їх.

Рятівник обов'язково має викликати бригаду швидкої («103») та перевіряти кожні дві-три хвилини стан постраждалого. Останнього варто перемістити до теплового приміщення, а якщо такої можливості немає – накрити його термоковдрою (рятівник може використовувати спеціальні зігрівальні набори).

Особливості надання домедичної допомоги постраждалим із психогенними реакціями. Надзвичайна ситуація – це обстановка на окремій території чи суб'єкті господарювання на ній або водному об'єкті, що означена порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричиненим катастрофою, аварією, пожежею, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, та яка призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров'ю населення, значної кількості загинувших і постраждалих, завдання масштабних матеріальних збитків, а також до неможливості проживання населення на такій території чи об'єкті, провадження на ній господарської діяльності.

Характерними ознаками психологічних розладів у постраждалих від надзвичайних ситуацій та аварій є:

- втрата фізичної сили;
- безглуздий і хаотичний руховий неспокій;
- виснаженість та втрата відчуття реальності;
- емоційне відсторонення від оточення, рідних;
- почуття провини;
- ворожі дії відносно оточуючих.

3. Сучасні вимоги до евакуації постраждалого під час транспортування

Піднімання та переміщення постраждалого. Під час вирішення питань, пов'язаних із переміщенням постраждалих, слід зважати на те, що існують два види евакуаційних робіт:

- евакуація з небезпечної зони в безпечну для надання домедичної допомоги;
- евакуація з безпечної зони до медичного закладу.

Найважливіше правило, яким керуються під час переміщення постраждалих, полягає в тому, що процес евакуації не має спричиняти додаткових ушкоджень, погіршення стану та збільшення кількості постраждалих унаслідок неправильної тактики й техніки дій рятівника.

Існує багато способів переміщення постраждалого. Застосовуючи кожен із них, слід ураховувати: місцезнаходження, травму, зріст і вагу постраждалого, необхідну відстань, кількість осіб, які будуть здійснювати

переміщення постраждалого, наявне обладнання та час для надання допомоги.

Алгоритм дій рятівника під час проведення евакуації має бути таким:

- оцінити ситуацію, спланувати подальші дії;
- забезпечити необхідну підтримку рятувальних служб;
- розрахувати час, необхідний для рятувальних дій;
- одягти захисне приладдя та підготувати евакуаційне спорядження;
- здійснити евакуацію.

Транспортування постраждалого. Для переміщення постраждалого рекомендовано виконати такі дії:

- відкласти іммобілізацію (якщо це можливо) до прибуття допомоги;
- перед іммобілізацією виконати необхідні маніпуляції першої допомоги, за винятком випадків, небезпечних для рятівника та постраждалого;
- урахувувати те, що над постраждалим не можна стояти;
- пояснювати постраждалому кожен дію, яку рятівник буде виконувати.

Розблокування постраждалих здійснюють у таких випадках:

- за наявності на місці події небезпеки від пожежі, вибуху, обвалення конструкцій, матеріалів та/або небезпечних речовин;
- коли рятувальні дії не можуть бути забезпечені в повному обсязі;
- якщо неможливо отримати доступ до інших жертв, які потребують невідкладної домедичної допомоги;
- коли постраждалий із зупинкою серця знаходиться в положенні, за якого немає змоги почати реанімацію.

У всіх випадках у разі наявності болю в шийі постраждалого слід передбачати можливість травмування спинного мозку. Ураховуючи правило шести «В» рятівник має завжди підозрювати травму шийного відділу в разі:

- дорожньо-транспортної пригоди;
- падіння з висоти;
- травми на воді (пірнання);
- електротравми;
- вибухової травми;
- повішення.

Маніпуляції з постраждалим за таких обставин можна здійснювати лише в разі існування реальної загрози для життя людини, нагальної потреби в проведенні серцево-легеневої реанімації та за неможливості викликати рятувальні служби. Перед цим необхідно зафіксувати шийний відділ хребта – накласти спеціальний штатний або саморобний ватно-марлевий шийний комір (за умов використання останнього шию огортають ватою та обережно бинтують).

Рятівник обов'язково має заспокоїти постраждалого, пояснивши йому власні дії. Іммобілізацію шийного відділу хребта здійснюють спочатку

шляхом ручної фіксації (тримати голову постраждалого, спираючись руками на землю чи сидіння автомобіля).

У положенні лежачи на спині постраждалого транспортують у разі гіповолемічного шоку, проникаючих поранень живота, переломів нижніх кінцівок та ушкоджень хребта; у положенні «жаби» – у разі переломів кісток таза та поранень органів черевної порожнини; у положенні лежачи на животі – у разі травми або опіків спини, травми сідниць і задньої поверхні нижніх кінцівок; у стабільному боковому положенні – якщо постраждалий непритомний, перебуває в коматозному стані, у разі отруєння, інсульту й епілептичних нападів, блювання внаслідок черепно-мозкової травми; у напівсидячому положенні в поєднанні з положенням «жаби» – за умов поранення шиї, утрудненого дихання, перелому верхніх кінцівок, у разі поранень органів грудної клітки, підозри на шок або інфаркт.

Алгоритм деблокування постраждалого з автомобіля є таким:

- вимкнути двигун (якщо він працює) та вийняти ключ із замка запалювання;
- перед звільненням особи від'єднати пасок безпеки та перевірити ноги постраждалого (їх може бути заблоковано педалями);
- завести власну руку під руку постраждалого, підтримуючи його голову іншою рукою;
- з іншого боку взятися за ремінь постраждалого, почати повільно витягувати особу з машини, постійно підтримуючи голову;
- перемістити постраждалого на землю (на небезпечну відстань від машини), підтримуючи повсякчас голову;
- передача постраждалого від аварії до карети швидкої допомоги або ліжка досягається за допомогою жорстких нош типу «лопата».

Якщо трапилася дорожньо-транспортна пригода з мотоциклетною травмою, досить часто постає питання щодо зняття захисного шолома з постраждалого. За цих умов рятівник може його зняти лише повністю упевнившись, що особа непритомна та в неї відсутнє дихання або її дихальні шляхи перекриті блювотними масами чи сторонніми предметами, тобто необхідним є термінове проведення серцево-легеневої реанімації.

Зняття шолома – досить відповідальна та небезпечна для постраждалого дія, що здатна ускладнити наявну травму хребта, що, відповідно, може призвести до паралічу або збільшення враження головного мозку. До зняття шолома необхідно залучити не менше двох осіб. Лише дотримуючись цього правила можна забезпечити стабільність шийного відділу хребта постраждалого. Передусім рятівники мають з'ясувати механізм зацібок шолома та підборідних ременів. Також слід чітко визначити, якого положення доцільно надати тілу постраждалого, щоб надалі мінімізувати рухи в ділянці хребта, особливо в шийному відділі.

Унаслідок нещасних випадків можливе тривале здавлювання частини тіла людини (зазвичай кінцівок) будь-яким предметом значної ваги – під

уламками зруйнованих будівель, в обвалах шахт, у разі дорожньо-транспортних пригод тощо. Синдром тривалого роздавлювання – одне з найтяжчих травматичних ушкоджень організму.

Природно, що люди, котрі перебувають на місці події, передусім намагаються звільнити постраждалого від здавлювання, не підозрюючи, що таким чином лише ускладнюють його стан. Так, у здавлених частинах тіла порушується постачання киснем тканин, відбувається венозний застій, травмування нервових стовбурів і руйнування м'яких тканин із подальшим утворенням токсичних продуктів обміну. Після звільнення кінцівки від здавлювання речовини з пошкоджених м'язів надходять до кровоносної системи, призводячи до тяжких наслідків, найбільш небезпечним із яких є недостатність нирок.

Якщо постраждалий непритомний, але в нього наявне правильне дихання і невідомо, скільки часу минуло з моменту стискання, слід вважати, що минуло більш як 10 хв.

У разі, коли необхідно терміново евакуювати постраждалого, але з моменту стискання минуло більш як 10 хв, перед тим як звільнити ушкоджену кінцівку, можна накласти джгут. Постраждалого слід терміново транспортувати до лікарні. Перед цим ушкоджену кінцівку необхідно іммобілізувати та вжити можливих протишокових заходів.

Питання для самоконтролю

1. Первинна оцінка постраждалого.
2. Власна безпека при наданні домедичної допомоги.
3. Транспортування постраждалого.
4. Правило 6 «В».