

УДК 669

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСТРЕННИХ РЯТУВАЛЬНИХ РОБІТ У ТУРИЗМІ

Приходько Катерина, Боброва Марія

*Центральноукраїнський державний університет імені Володимира Винниченка,
м. Кропивницький, Україна.*

***Анотація:** у статті розглядається особливості та причини спортивно-туристичного травматизму. Розкрито питання історії виникнення вчення про домедичну допомогу. Досліджено фізіологію спортивно-туристичних травм та синдромів, що їх супроводжують. Здійснено фізіологічне обґрунтування основних принципів домедичної допомоги. Результати дослідження мають широке використання для будь-якого громадянина незалежно від статті та роду діяльності, інтерпретуються до різних життєвих ситуацій таких як: спортивний та побутовий травматизм, ДТП, аварія на підприємстві, бойові дії, природні лиха тощо.*

***Ключові слова:** домедична допомога, травма, рятувальні роботи, анатомія, фізіологія*

Anatomic and physiological basis of performing emergency rescue work in tourism

K. Prykhodko, M. Bobrova

Volodymyr Vynnychenko Central Ukrainian State University, Kropyvnytsky, Ukraine

***Abstract:** the article considers the features and causes of sports and tourist injuries. The question of the history of the emergence of the doctrine of pre-medical care is revealed. The physiology of sports and tourism injuries and the syndromes that accompany them have been studied. Physiological substantiation of the main principles of pre-medical care was carried out. The results of the study are widely used by any citizen, regardless of the article and type of activity, and are interpreted to various life situations, such as: sports and domestic injuries, road accidents, accidents at the enterprise, combat operations, natural disasters, etc.*

***Key words:** first aid, trauma, rescue operations, anatomy, physiology.*

Постановка проблеми. У повсякденному житті трапляються різні екстренні ситуації, що в наслідку для людини можуть нести забої, переломи, розтяжіння, ураження електричним струмом, відмороження, теплові удари, утоплення. Тому особливе значення в житті та загалом у реаліях сьогодення, посідає вміння надати першу медичну та домедичну (долікарську) допомогу.

Актуальність цієї проблеми стає ще більш очевидною у разі виникнення катастроф. Значна частина уражених у таких випадках може загинути від невчасно наданої медичної допомоги. Відомо, що відсутність допомоги важко потерпілим протягом 1 год. після ушкодження збільшує кількість смертельних наслідків на 30 %. За даними ВООЗ, 20 % загиблих унаслідок нещасних випадків у мирний час могли б бути врятовані, якби вони вчасно отримали першу медичну допомогу. Сьогодні, в умовах війни, постійних повітряних тривог, підвищена ймовірність травматизму присутня по всій території України та в абсолютно непередбачених обставинах місця і часу, саме тому досліджувана тема набуває посиленої актуальності і вагомого практичного значення для кожного громадянина.

Аналіз досліджень і публікацій. Домедична допомога, як галузь медицини, була актуальною з самого початку людського існування. На кожному етапі формування людського суспільства, від давніх часів до сьогодення, під час травмування необхідна була допомога людині, щоб зберегти її життя та здоров'я. Історія медицини своїм корінням сягає глибини віків. До сторінок цієї історії вписано і великий досвід лікарської практики, і значні наукові досягнення, і діяльність видатних медиків, чиї імена увійшли до скарбниці вітчизняної та світової медицини.

Перші згадки про надання першої домедичної допомоги датуються XV столітті. У Голландії засновано благодійне товариство для надання першої допомоги потопаючим. Трьома століттями пізніше в Бельгії, у портовому місті Антверпен (1767 р.), приблизно у той же час в Гамбурзі, Парижі, уже діють товариства порятунку, активісти які не лише рятують потопельників, а й надають швидку медичну допомогу у нещасних випадках і при раптових захворюваннях. Ці напівгромадські формування можна назвати прообразом станцій швидкої медичної допомоги, які з'являться в Європі за сто з лишком років.

Перша станція швидкої медичної допомоги була створена у 19-му столітті у Відні. А вже у травні 1883 року у Відні з'являється перша в Австро-Угорській імперії Рятувальна станція швидкої допомоги (при рятувальному товаристві).

Незабаром, подібно до Віденської, була створені станції швидкої допомоги в Берліні, Парижі. За короткий період такі установи почали з'являтися в інших містах Європи і світу. Наступні Рятувальні станції постали у Празі (13.09.1890 р.), Брно (24.03.1891 р.), Кракові (5.06.1891 р.), Трієсті (16.06.1891 р.), Львові (20.03.1893 р.), Інсбруку (21.07.1893 р.), Будапешті (9.05.1896 р.).

У Києві Рятувальна станція товариства швидкої медичної допомоги почала діяти 30 червня (за старим стилем) 1902 року.

Якщо брати до уваги перевезення постраждалих та одночасне надання допомоги, важливо звернути увагу на перші карети “швидкої”. Відома успішна діяльність медичного підрозділу армії Наполеона. Це був “Летючий амбуланс”, створений для невідкладної допомоги пораненим на полі бою, їх оперативної евакуації до польових шпиталів.

Домінік Ларрей спроектував першу карету “швидкої” з віконечками, щоб лікар на ходу міг оглянути пораненого і зробити на ходу усі необхідні маніпуляції. Саме його називають “батьком швидкої допомоги” [1].

Мета статті: дослідити та обґрунтувати фізіологічні особливості різних способів надання домедичної допомоги.

Виклад основного матеріалу (результатів) дослідження.

Основне завдання при наданні першої домедичної допомоги полягає в тому, щоб шляхом проведення необхідних найпростіших заходів врятувати життя потерпілому, зменшити його страждання і попередити розвиток можливих ускладнень. При всіх видах поранення перша допомога полягає у визначенні його тяжкості, виявленні можливих внутрішніх ушкоджень, оцінюванні загального стану потерпілого, можливості шоку внаслідок втрати крові, припиненні кровотечі, запобіганні інфікування ран [2].

Першим кроком є прибуття учасників евакуаційних робіт на місце пригоди, оцінка ситуації та складання плану допомоги. Постраждалий може знаходитися як в полі видимості та досяжності так і поза ним. У другому випадку відбуваються підготовчі дії, що дають змогу дістатися до потерпілого.

Після прибуття рятувальників до потерпілого відбувається оцінка стану постраждалого. Огляд постраждалого виконується з метою виявлення стану, що може загрожувати життю і здоров'ю постраждалого. Під час огляду потрібно перевірити свідомість, серцебиття та дихання постраждалого, а також наявність сильної кровотечі, яку потрібно зупинити в першу чергу.

Щоб перевірити свідомість постраждалого слід запитати, чи чує він вас? Якщо він не відповідає, злегка постукайте його по плечах. Якщо постраждалий непритомний - потрібно швидко перевірити наявність дихання та серцебиття.

Також надання допомоги, що може включати в себе: зупинку кровотечі, накладання пов'язок, іммобілізацію тощо [3].

Нерухомість у місці перелому досягається накладанням спеціальних шин або підручних засобів і фіксацією двох найближчих суглобів (вище і нижче місця перелому). Така іммобілізація називається транспортною. Вона зменшує больові відчуття і попереджає виникнення шоку.

Показання до її накладання найчастіше пов'язані з вправленням вивиху плечового суглоба. Дещо рідше вона використовується при ключичному переломі, оскільки в такому випадку більш доцільно застосовувати спосіб перев'язування, розроблений Дезо.

У цій ситуації пов'язка Вельпо гарантує непорушність плеча і накладається до надходження травмованого до лікарні. В залежності від кількості постраждалих, їх станів керівник групи обирає способи транспортування. Потерпілий може бути активним (перелом кінцівки, вивих, забій м'яких тканин тощо) та пасивним (пошкодження тазу, хребта, голови). Активний потерпілий може надавати допомогу відповідно до травми.

В'язання нош здійснюється індивідуально під конкретного потерпілого. Відповідно до його особистих фізіологічних параметрів, а саме: зріст, комплекція тіла та характер травми. Використовуються підручні матеріали, а саме: каремат, мотузка. У холодний період спальник, термоковдра. Укладання та зняття потерпілого на ноші (кокон) здійснюються відповідно до травм [4].

Схожі дії відбувається із в'язанням каркасних нош. Їх розміри теж конструюють до індивідуальних параметрів потерпілого. Основною їх відмінністю є більш зручно перенесення потерпілого по пересічній місцевості за рахунок жорсткого каркасу.

При переміщенні постраждалого в безпечне місце слід пам'ятати про те, що в травмованої людини можуть бути порушені фізіологічні процеси. Людина може втрачати тепло, або її може лихомаднити.

Ноші (кокон) повинні транспортуватися так, щоб на похилих ділянках маршруту голова потерпілого знаходилася вище ніг. Це пов'язано з циркуляцією крові в організмі людини.

Під час транспортування потерпілого на ношах потерпілий повинен бути прикріплений до них в трьох точках (груди, стегна, гомілки) стропами, які зафіксовані до жердин для попередження перевертання потерпілого на зворотну сторону нош [5].

При транспортуванні по складних ділянках маршруту (крім перенесення по місцевості), супроводжуючі учасники повинні бути з'єднані з потерпілим коротким вусом.

Ноші (кокон) повинні переноситися по місцевості не менше ніж двома учасниками групи. Необхідність супроводжуючого учасника визначається за потребою та можливістю. Супроводжуючий учасник повинен знаходитися поруч із ношами на відстані, яка дозволяє контролювати стан потерпілого й тримати його обличчя в полі зору для контролю його основних показників життя.

Супроводжуючий учасник також потрібен при подоланні нескладних етапів. Активний потерпілий може здійснювати допоміжні дії при проходженні маршруту. Активний потерпілий також може рухатися на ділянці перешкод без супроводжуючого. Під час виконання рятувальних дій способами: «Нога-нога», «Коліно-стопа», «Нога-груди» [6].

За потреби для забезпечення безпеки потерпілого, що піднімається, застосовується верхня або нижня страховка другим рятувальником. У кожному разі страховка не повинна мати провисання.

Рух потерпілого по місцевості може здійснюватися пішки з підтримкою. Якщо постраждалий може самостійно йти, але потребує підтримки, необхідно стати поруч з постраждалим з боку травми, завести руку постраждалого за свою шию та тримати за кисть руки своєю рукою [7].

Також можливе транспортування на спині, якщо постраждалий легенький та має достатньо сил, щоб триматися за шию рятівника, то його можна переносити за плечима.

Спосіб вдвох на замку із рук буде актуальний у випадку транспортування дорослої людини. Для переносу постраждалого двома рятівниками можна використовувати метод переносу на замку із рук складених в сидіння з двох, трьох або чотирьох рук. Для переміщення постраждалого, який не може допомагати рятівникам, зазвичай через травму рук, використовують метод перенесення на замку з двох рук.

Висновки та перспективи подальших пошуків у напрямі дослідження. Займаючись активним туризмом присутній певний рівень небезпеки виникнення екстремальних ситуацій під час, яких людина, або група людей може отримати травму. Дослідження і практичне виконання рятувальних робіт дало змогу підтвердити вже дійсні протоколи, що мають підґрунтя фізіологічних факторів будови людського тіла. Таким чином обґрунтування основних принципів домедичної допомоги є підтвердженням на різних рівнях рятувальних робіт.

Сучасне життя вимагає відповідних знань, умінь та навичок. Забезпечення збереження життя можливе за умови навченості свідомих громадян суспільства. Розуміння само- та взаємодопомоги, правилам управлінських рішень командування та забезпечення сучасними засобами індивідуального медичного оснащення. Правильне розуміння та володіння основними базовими навиками домедичної допомоги є запорукою ефективної комунікації та дієвої допомоги.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні особливостей надання домедичної допомоги у воєнний час.

Список використаної літератури

1. Магнер Л. М., Кім О. О. Історія медицини: навч. посіб. Київ, 2018. 417 с.
2. Тимошенко Л. О., Лабарткава К. В. Спортивний туризм: навч. посіб. для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту. Львів, 2019. 470 с.
3. Кароліна Лі, Кейт Мідел Поркен : Підвісна травма. *Журнал невідкладної медичної допомоги*. 2007. № 24. С. 237-243.
4. Протоколи ТССС (Tactical Combat Casualty Care). Тактична бойова допомога пораненим: затв. наказом комітета ТССС. 2001. № 21 С. 26-30
5. Білєцький А. Є. Тактична медицина для підрозділів спеціального призначення: навч. посіб. Київ, 2017. 180 с.
6. Топкін Т. О. Військовомедична підготовка та медицина надзвичайних ситуацій : зб. Матеріалів доп. учасн. II Міжнар. наук.-практ. конф. Житомир : Полісся, 2014. С. 103–110.
7. Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах : Закону України від 22 травня 2019 р. № 383.