

Кошти, що надійшли як забезпечення виконання договору (у разі якщо вони не повертаються), підлягають перерахуванню до відповідного бюджету, а в разі здійснення закупівлі підприємствами, об'єднаннями підприємств не за бюджетні кошти перераховуються на рахунок підприємства, об'єднання підприємств.

Підсумовуючи вищевказане, можна зробити висновок, що розробка чітко визначених, ретельно підготовленої документації з конкурсних торгів безсумнівно займає ключове місце у закупівельних операціях.

Література

1. Управління підвищення кваліфікації кадрів. державні закупівлі в Україні: навч.-метод. посіб. – Онов. та доп. – Одеса. – 2015.

Бобро О.В.

*кандидат медичних наук, доцент
кафедри біології та основ здоров'я*

Тронько С.П.

*проректор з адміністративно-господарської діяльності
та науково-педагогічної роботи, кандидат історичних наук, доцент*

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАВМАХ

Основними завданнями, при наданні невідкладної допомоги є: припинення дії травмуючого фактора, швидке визначення ознак, що загрожують життю, підтримання життєво важливих функцій (передусім кровообігу і дихання), зупинка зовнішньої кровотечі, обезболювання, закриття рани асептичними пов'язками, іммобілізація, транспортування у лікарню.

Принципи обстеження при наявності підозри травмування

Незалежно від умов, в яких доводиться надавати допомогу (на вулиці, у громадському місці і т. д.), обстеження має здійснюватись у певному порядку:

по-перше, треба з'ясувати в самого потерпілого, а при неможливості контакту з ним – в оточуючих обставини травми;

по-друге, оцінити тяжкість загального стану, вираженість порушення свідомості, дихання, гемодинаміки;

по-третє, зробити дослідження, спрямовані на з'ясування характеру ушкоджень.

Треба системно обстежити всі частини тіла, які могли бути травмовані. Особливо старанно обстежують хворих, які непритомні, в стані шоку або алкогольного сп'яніння. Хворого слід роздягти (в приміщенні). Спочатку одяг знімають із здорових, а потім – з ушкоджених частин тіла. Якщо одяг зняти неможливо, його розрізують по швах, додержуючи особливої обережності щоб не посилити біль, оскільки це може призвести до розвитку шоку.

Обстеження потерпілих, особливо непритомних, починають з огляду і пальпації волосистої частини голови та лицьового скелета. Наявність припухлості (підшкірна гематома), саден є першою ознакою ушкодження. При пальпації можуть визначатися вдавлення кісток. Кровотеча з носових ходів і зовнішніх слухових проходів може вказувати на перелом основи черепа. Порушення черепної іннервації, паралічі, парези підтверджують припущення про черепно-мозкову травму.

При *обстеженні ділянки лиця* виявляють локалізацію синців, саден, ран, визначають наявність болючості, патологічної рухомості кісток, порушення змикання зубних рядів.

У *ділянці шиї* слід виключити травму великих судин, гортані, трахеї. Ці ушкодження проявляються порушенням дихання, кашлем, кровохарканням. Різкий біль при рухах у шийному відділі хребта свідчить про вивих або перелом у цій ділянці.

Обстеження грудної клітини має бути особливо старанним, коли є підозра на закриту травму грудей. Слід звернути увагу на конфігурацію грудної клітини, обмеження рухомості її при диханні. Перелом ребер, його локалізацію визначають пальпаторно: у ділянці перелому відчувається різка болючість, нерідко крепітація і рухомість уламків.

При *закритій травмі живота* звертають на себе увагу обмеження дихальних рухів певних ділянок передньої черевної стінки, болючість її при пальпації, нерідко виявляється напруження її м'язів.

При *травмі живота з ушкодженням порожнистих органів* розвивається картина гострого розлитого перитоніту, для якого характерні різкий біль у животі, загальні слабкість, тахікардія, мимовільне напруження м'язів передньої черевної стінки.

При *обстеженні потерпілих з ушкодженням таза та його органів*, як правило, виявляються ознаки гострої крововтрати і травматичного шоку. Місцево при пальпації тазового кільця у взаємно перпендикулярних напрямках виявляється різка болючість. Слід пам'ятати, що при цьому можуть ушкоджуватися сечовий міхур, пряма кишка, сечовипускний канал.

У процесі *обстеження хребта* визначають положення потерпілого, звертають увагу на наявність деформації фізіологічних вигинів хребта та лінії остистих відростків, локального болю, напруження м'язів спини, установлюють можливість активних рухів рук і ніг.

Обстеження кінцівок. При огляді передусім звертають увагу на положення кінцівки, стан шкіри, локалізацію синців, гематом, наявність деформації осі кінцівки та її сегментів, змін конфігурації суглобів. Цінні дані дає дослідження активних і пасивних рухів. Відсутність активних рухів характерна для вивиху і перелому. При забої, розтягові активні рухи збережені, хоч обмежені і болючі.

Більшість потерпілих потребують амбулаторного лікування. Якщо ж є травми черепа, голови, грудей, живота, хребта і таза, особливо з ушкодженнями внутрішніх органів, а також при вивиху і переломі великих сегментів кінцівок уже під час обстеження і встановлення діагнозу потерпілим подають допомогу із здійсненням невідкладних лікувальних заходів.

До травмувань також належить так звана *електротравма* – ураження організму людини, яке спричинено дією електричного струму і характеризується загальними та місцевими змінами у органах і тканинах.

Невідкладна допомога при електротравмуванні. Якомога швидше припинити дію електричного струму. Якщо ураження сталося від високовольтної мережі, то підходять до потерпілого маленькими «ковзаючи ми» кроками – не відриваючи ніг від ґрунту. Щоб уникнути потрапляння під «крокову напругу». При непритомності потерпілого або відсутності у нього дихання приступають до негайного етапу серцево-судинної реанімації.

Госпіталізація у реанімацію на ношах у полонені лежачі і тільки після відновлення серцевої діяльності та дихання.

Невідкладна допомога при травматичних ушкодженнях та нещасних випадках

На відміну від ізольованих ушкоджень, існують множинні і поєднані травми – так звані *політравми*. Найчастіше політравми трапляються при дорожньо-транспортних подіях, виконанні будівельних і сільськогосподарських робіт, на виробництві, значно рідше – під час занять спортом, у побуті й за інших обставин. У цілому серед причин політравм переважають дорожньо-транспортні події і падіння з висоти (кататравми). Політравми характеризуються тяжким перебігом, високими показниками інвалідності. Ці ушкодження частіше, ніж ізольовані травми, ускладнюються травматичним шоком.

Раніше множинні і поєднані травми розглядалися як більш тяжкий різновид звичайних ізольованих ушкоджень. Проте останніми роками цей вид патології прийнято вважати якісно новим з властивими йому специфічними змінами в усіх системах організму і розвитком тривалої травматичної хвороби. Якщо при множинних і поєднаних травмах проаналізувати кожне ушкодження зокрема, то багато які з них можуть вважатися не небезпечними для життя, але в поєднанні вони нерідко призводять до різкого порушення функцій життєво важливих органів і систем організму та загибелі потерпілого. Отже, вважати множинну і поєднану травму сумою кількох простих травм є грубою помилкою.

Політравма – це складний патологічний процес, зумовлений ушкодженням кількох анатомічних ділянок з вираженим проявом синдрому взаємного обтяження, що характеризується глибоким порушенням усіх видів обміну речовин, змінами в центральній нервовій, серцево-судинній, дихальній та ендокринній системах.

Оскільки політравма характеризується особливою тяжкістю ушкоджень, першим прагненням тих, хто подає допомогу, нерідко є термінове транспортування потерпілого у найближчий лікувальний заклад.

Подання медичної допомоги на місці події не в повному обсязі, транспортування потерпілих на стандартних носилках без іммобілізації призводить до того, що понад 50% потерпілих з множинними і поєднаними травмами доставляють у лікувальні заклади в тяжкому й критичному стані, а в 62,2% із них реєструється травматичний шок різного ступеня тяжкості.

Класифікація політраум.

У практиці швидкої медичної допомоги найзручніше користуватися такою класифікацією політраум.

I. Множинні переломи кісток (відкриті і закриті) без порушення цілості порожнин тіла та органів, що містяться в них.

II. Поєднані ушкодження:

1) закриті або відкриті ушкодження черепа і головного мозку в поєднанні з відкритими або закритими травмами інших ділянок (однієї або кількох) – грудей, живота, хребта, таза, кінцівок

2) закриті або відкриті ушкодження грудей у поєднанні з відкритими або закритими травмами інших ділянок (однієї або кількох) – черепа і головного мозку, хребта, таза, кінцівок;

3) закриті або відкриті ушкодження живота в поєднанні з відкритими або закритими травмами інших ділянок (однієї або кількох) – черепа і головного мозку, грудей, хребта, таза, кінцівок;

4) закриті або відкриті ушкодження хребта в поєднанні з відкритими або закритими травмами інших ділянок (однієї або кількох) – черепа і головного мозку, грудей, живота, таза, кінцівок;

5) закриті або відкриті ушкодження таза в поєднанні з відкритими або закритими травмами інших ділянок (однієї або кількох) – черепа і головного мозку, грудей, живота, кінцівок.

Беручи до уваги особливий характер політрауми, наявність при ній кількох ушкоджень, у тому числі домінуючого, що становить загрозу для життя потерпілого, діагностику й подання екстреної медичної допомоги треба робити поетапно:

- тимчасове припинення зовнішньої кровотечі;
- коли є ознаки клінічної смерті або при підозрі на неї – негайне проведення непрямого масажу серця і штучної вентиляції легень;
- визначення стану свідомості;
- визначення глибини і частоти дихання, обстеження верхніх дихальних шляхів;
- визначення частоти пульсу;
- екстрене доправлення до медичного закладу.

Деякі види травмуючи ушкоджень

Черепно-мозкова травма

ЧМТ займає одне з перших місць у загальній структурі травматизму. Розрізняють відкриту й закриту черепно-мозкову травму.

До закритої черепно-мозкової травми відносять струс, забій і здавлення головного мозку.

При *струсі головного мозку* виникають функціональні порушення без грубих морфологічних змін. Ці порушення проявляються загально мозковою симптоматикою і через 3-6 тижнів зникають.

Характерне знепритомніння на кілька хвилин, можлива ретроградна амнезія (порушення пам'яті на події недавнього минулого, що відбувалось безпосередньо перед травмуванням). Хворі скаржаться на головний біль, нудоту, блювання, запаморочення, шум у вухах.

При об'єктивному обстеженні в перші години або доби після травми можуть виявлятися такі симптоми:

- горизонтальний або вертикальний ністагм (мимовільні швидкі ритмічні коливальні рухи очних яблук в той чи іншій бік «тремтіння очей»),
- зниження рогівкових рефлексів і реакції зіниць на світло,
- легка асиметрія шкірних і сухожильних рефлексів,
- вегетативні розлади (лабільність пульсу й артеріального тиску, підвищена пітливість, підвищене чуття до холоду).

Стан хворих поліпшується через 1-2 тижні. Класичні ознаки струсу мозку спостерігаються не завжди, в одних хворих неможливо вловити ознаки ретроградної амнезії, в інших – не виникає блювання. На дошпитальному етапі діагностувати струс мозку важко, тому досить наявності хоча б частини ознак, щоб його запідозрити і хворого госпіталізувати.

Забій головного мозку супроводжується анатомічними ушкодженнями мозкової тканини і характеризується більш тяжкою клінічною картиною, ніж струс мозку. При цьому спостерігається не тільки загально мозкова, а й осередкова симптоматика, особливості якої визначаються локалізацією травми. Забій головного мозку може супроводжуватись переломом кісток склепіння та основи черепа.

Діагноз останнього встановлюють на підставі витікання спинномозкової рідини з вух, носа, порожнини рота, утворення синців навколо очей (симптом окулярів) на другу-третю добу після травми.

Здавлення головного мозку належить до одного з найбільш грізних ускладнень черепно-мозкової травми, яке потребує термінової госпіталізації та оперативного втручання. Воно поєднується з забоєм мозку. Причиною здавлення, як правило, є внутрішньочерепна гематома, рідше – проникнення кісткових відламків при вдавненому переломі черепа. При відкритій черепно-мозковій травмі клінічна картина залежить від характеру та локалізації ушкодження. Проникаючі поранення можуть супроводжуватись травматичним і геморагічним шоком, набряком мозку.

Невідкладна допомога полягає в накладенні асептичної пов'язки на рану. При порушеннях свідомості і дихання штучної вентиляції легень.

Госпіталізація. Усіх хворих із закритою черепно-мозковою травмою госпіталізують у неврологічне, хірургічне або нейрохірургічне відділення (за показаннями). Транспортують на ношах у положенні лежачи, а в разі непритомності – з повернутою набік головою.

Невідкладні стани при травмах грудної клітини та її органів

Ушкодження грудної клітини поділяють на закриті (забій, здавлення, перелом ребер) і відкриті (поранення); останні, в свою чергу, не проникаючі, тобто такі, що супроводжуються порушенням цілісності парієтального листка плеври, і

непроникаючі – без пошкодження плеври. Ці й другі можуть бути як з ушкодженнями внутрішніх органів – легень, серця та ін., так і без них.

Перелом ребер. Розрізняють одиночний (ізольований) перелом і множинний: одно- і двосторонній, вікончастий (підвійний).

Клінічна картина. Перелом навіть одного ребра спричиняє біль у місці перелому, який посилюється при вдиху і тому завжди супроводжується порушенням дихання (зниження глибини, порушення ритму).

При переломі ребер нерідко виявляються крепітація відламків і їх зміщення. Як правило, ушкоджена половина грудної клітини відстає при диханні. При множинному і особливо вікончастому переломі характерні западання грудної стінки і її парадоксальний рух. Перелом ребер може привести до розвитку гострої недостатності дихання (задишка, тахікардія, іноді ціаноз шкіри і слизових оболонок). Нерідко в ділянці перелому при обстеженні грудної клітини виявляється гематома.

Госпіталізація. Потерпілі з множинним переломом ребер, які перебувають у тяжкому стані, підлягають терміновій госпіталізації в стаціонар. Транспортують на ношах у положенні напівсидячи під постійним контролем життєво важливих функцій. При ізольованому неускладненому переломі показано амбулаторне лікування.

Перелом грудини здебільшого виникає при здавленні грудної клітини. Звичайно локалізується у місці з'єднання рукоятки і тіла грудини. Найтипівіші симптоми: біль, інтенсивність якого наростає при зміні положення тіла; припухлість у місці перелому; деформація грудини.

Невідкладна допомога при переломі грудини. Введення знеболювальних засобів в місце перелому, прикладання пухиря з льодом на ділянку припухлості.

Госпіталізація у травматологічне відділення стаціонару. Транспортують на ношах.

Пневмоторакс як вид травмування

Травматичний пневмоторакс – одне з частих ускладнень травми грудної клітини. Розрізняють пневмоторакс закритий і відкритий. Варіантом останнього може бути клапанний пневмоторакс, який може виникати при порушенні як парієтального, так і вісцерального листка плеври. У першому випадку причиною є проникаюче поранення грудної клітини, коли повітря потрапляє із зовні у плевральну порожнину, в другому – ушкодження крупних бронхів і розрив паренхіми легень з поширенням ушкодження на вісцеральний листок плеври.

Відкритий пневмоторакс – виникає в результаті проникаючого поранення грудної клітини. Через зячучу рану плевральна порожнина сполучається із зовнішнім середовищем. Легеня спадається і виключається з дихання.

Крім колапсу легені виявляють зміщення середостіння під час вдиху і видиху, що веде до перегину і здавлення порожнистих вен, зменшення припливу крові до серця. Порушення газообміну пов'язане також із розвитком парадоксального дихання, коли повітря переміщується під час видиху із здорової легені у ту, що слалася, а під час вдиху – назад.

Клінічна картина. Загальний стан хворого тяжкий. Виражені тахікардія, задишка, ціаноз (синюшний колір шкіри та слизових оболонок). При вдиху в рану з «хлюпанням» входить повітря. Дихальні шуми на стороні поранення не прослухуються.

Невідкладна допомога при відкритому пневмотораксі. Спочатку обробляють краї рани розчином йодінолу, потім на рану накладають стерильну серветку (ватяно-марльову подушку), яку закривають черепицеподібно смужками лейкопластиру. Якщо немає лейкопластиру, поверх пов'язки накладають клапоть клейонки або целофанової плівки і прибинтовують його до грудної клітини.

При великому дефекті грудної стінки після накладення пов'язки руку прибинтовують до грудей на період транспортування. Одночасно здійснюють знеболювання. Слід пам'ятати, що після накладення оклюзійної пов'язки стан хворого може погіршитись внаслідок переходу пневмотораксу з відкритого у клапанний. У цьому випадку потрібні старанний нагляд за хворим і проведення пункції плевральної порожнини.

Закритий пневмоторакс виникає при травмі грудної клітини, яка супроводжується розривом легені або бронха. До розриву легені найчастіше призводить зміщення відламків при переломі ребра або різке напруження легень у ділянці коренів у момент удару. Через розрив легені або бронха у плевральну порожнину потрапляє повітря, в результаті чого легеня спадається.

При значному розриві повітря надходить під час кожного вдиху (за типом клапанного механізму), що призводить до розвитку напруженого пневмотораксу. У легших випадках, коли отвір закривається легеневою тканиною, що слалась, пневмоторакс може не супроводжуватись вираженою недостатністю дихання.

Симптоматика така сама, як при спонтанному пневмотораксі, однак больовий синдром більш виражений. Встановленню діагнозу допомагають дані анамнезу (наявність травми), виявлення ознак перелому ребер, забою грудної клітини.

Невідкладна допомога при закритому пневмотораксі. При незначному скупченні повітря у плевральній порожнині термінових лікувальних заходів, як правило, не здійснюють, проте для уточнення причини пневмотораксу і вироблення тактики лікування хворого госпіталізують. Хворих з двостороннім пневмотораксом і вираженою недостатністю дихання переводять на штучну вентиляцію легень з обов'язковою подачею кисню.

Госпіталізація у відділення торакальної хірургії. Транспортують на ношах у положенні напівсидячи.

Клапанний (напружений) пневмоторакс виникає найчастіше при ушкодженнях трахеї, крупних бронхів, множинному розриві паренхіми легеней (коли в тканині легені утворюється клапан який пропускає повітря у плевральну порожнину під час вдиху, але не дає йому виходити при видиху). У цьому разі йдеться про внутрішній

клапанний пневмоторакс. Клапанний пневмоторакс може бути зовнішнім, якщо отвір і клапан формуються з м'яких тканин грудної стінки в місці поранення.

При клапанному пневмотораксі на перший план виступають ознаки гострої недостатності дихання і кровообігу симптоми:

- у потерпілого з'являється відчуття нестачі повітря;
- він сидить або напівлежить;
- покритий холодним потом;
- виражений ціаноз шкіри і слизових оболонок;
- різка задишка;
- малий частий пульс;
- низький артеріальний тиск;
- дихання поверхове, часте;
- уражена половина грудної клітини розширена, відстає при диханні.

При обстеженні на стороні травми дихання і голосового дрижання немає або вони ослаблені.

Невідкладна допомога. Потерпілому надають положення з трохи піднятим головним кінцем і починають інгаляцію кисню. При зовнішньому клапанному, пневмотораксі накладають герметизуючу (оклюзійну) пов'язку на рану грудної клітини.

Госпіталізація у торакальне або хірургічне відділення, а при вираженій недостатності дихання – у відділення реанімації та інтенсивної терапії. Транспортують на носилках у положенні напівсидячи.

Ушкодження хребта

Перелом остистих і поперечних відростків, дуг хребців: характерна біль у ділянці перелому, обмеження рухів хребта, різка болючість при пальпації.

Перелом тіл хребців, як правило, є результатом непрямой травми (падіння з висоти на сідниці, ноги, голову), рідко виникає внаслідок прямої дії травмуючого агента на хребет. Непряма травма призводить до компресії хребта по осі у поєднанні найчастіше з надмірним згинанням, рідше – з *перерозгинанням хребта* (головним чином у шийному відділі). Дія травмуючого агента у поєднанні з надмірним згинанням хребта призводить до роздавлювання передньої частини тіла хребця і його клиновидної деформації. Якщо сила механічної дії невелика і травма не супроводжується повним розривом зв'язкового апарату хребта (поздовжніх зв'язок, зв'язок між дугами хребців, остистими і суглобовими відростками), то здатність хребта витримувати незначні навантаження зберігається, і такі переломи називають *стабільними*. Коли в результаті травми настає повний розрив названих анатомічних утворень з виникненням підвиху або виху суглобових відростків і зміщенням тіл хребців один щодо одного, хребет втрачає здатність витримувати будь-які навантаження, що характеризується як *нестабільний перелом*. Такий перелом може призводити до дуже значних ускладнень: ушкодження корінців спинного мозку, забою або повного переривання останнього.

Потерпілі скаржаться на різкий біль у ділянці ушкодженого хребця, який посилюється при найменшому навантаженні. Об'єктивно виявляють значне напруження м'язів спини, випинання остистого відростка хребця, різку болочість його при пальпації.

При ушкодженні задніх корінців спинного мозку відповідно до рівня іннервації настають розлади поверхневої чутливості у вигляді гіперестезії або гіпостезії (патологічне підвищення або зниження чутливості), рідше анестезії. При забої спинного мозку відразу після травми виникають в'ялі паралічі, парези, арефлексія.

Для повного переривання спинного мозку, яке нерідко спостерігається при переломовивихах (тобто нестабільних переломах тіл хребців), характерні паралічі рук і ніг, арефлексія, порушення чутливості і функцій тазових органів.

Невідкладна допомога полягає у введенні знеболюючих засобів і правильному укладанні потерпілого на щиті і ноши.

Госпіталізують у травматологічне або нейрохірургічне відділення.

Перелом кісток таза: розрізняють такі види перелому кісток таза:

- 1) ізольований перелом без порушення цілості тазового кільця;
- 2) перелом таза з порушенням цілості тазового кільця;
- 3) перелом вертлюжної западини.

При множинному переломі кісток таза, особливо з порушенням цілості тазового кільця, внаслідок утворення великих внутрішньотканинних гематом часто розвивається клініка гострої крововтрати і геморагічного шоку. При цьому загальний об'єм крововтрати нерідко становить 1,5-2,5 л.

Клінічно перелом кісток таза проявляється болем у ділянці перелому, який різко посилюється при здавлюванні тазового кільця. Можуть виявлятися ознаки ушкодження сечового міхура, прямої кишки, сечовипускного каналу.

Для ушкодження сечового міхура характерний біль у нижній половині живота, затримка сечовипускання, відсутність сечоміхурової тупості над лобком. Про ушкодження прямої кишки свідчить виявлення крові в її просвіті при пальцьовому дослідженні. Ушкодження сечовипускного каналу проявляється болючими позивами до сечовипускання і неможливістю здійснити його. При натужуванні із зовнішнього отвору каналу з'являється кілька краплин крові. Над лобком визначається збільшений сечовий міхур.

Невідкладна допомога передбачає:

- 1) знеболювання;
- 2) накладення асептичної пов'язки на рану;
- 3) правильне виконання іммобілізації й укладання потерпілого на ношах.

Госпіталізація термінова у найближчий хірургічний стаціонар.

Принципи транспортної іммобілізації при травмуванні

Транспортна іммобілізація – це прийом, що забезпечує ушкодженій частині тіла положення спокою протягом усього часу транспортування потерпілого в стаціонар.

Транспортна іммобілізація є обов'язковим компонентом невідкладної медичної допомоги. Основне завдання є забезпечення нерухомості фрагментів поламаних кісток. Транспортна іммобілізація сприяє зменшенню болю, поліпшенню периферичного кровообігу, запобігає розвиткові шоку, жирової емболії і вторинної кровотечі, сповільнює механічне поширення бактеріального забруднення по міжтканинних просторах.

Будь-яка транспортна іммобілізуюча пов'язка складається з трьох частин:

- а) шини;
- б) прокладки;
- в) фіксуючої пов'язки.

Показаннями до транспортної іммобілізації є ушкодження кісток і суглобів магістральних судин і нервових стовбурів, ранові інфекції, значне ушкодження м'яких тканин та травматичні переломи кісток.

Література

1. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная при неотложных состояниях / В.Ф. Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – Л.: Медицина, 1985. – 352 с.
2. Бубнов В.Г. Доврачебная помощь в чрезвычайных ситуациях / В.Г. Бубнов, Н.В. Бубнова. – М.: Из-во НЦ ЭНАС, 2000. – 48 с.
3. Верткин А.П. Руководство по скорой медицинской помощи / А.П. Верткин, С.Ф. Багненко. – М.: ГОЭТАР Медиа, 2006. – 820с.
4. Маслов В.И. Транспортная иммобилизация и обезболивание при травмах: Практическое руководство / В.И. Маслов, В.Р. Ермолаев, Б.Р. Остер. – Изд-во Саратов. унив-та, 1984. – 80 с.
5. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь / Под ред. Е.И. Чазова. – М.: Медицина, 1988. – 604 с.
6. Петров С.В. Общая хирургия. / С.В. Петров. – СПб.: Из-во «Лань», 1999. – 672с.
7. Романенко А.Е. Закрытые повреждения органов грудной клетки / А.Е. Романенко, Д.П. Чухриенко, Б.О. Мильков. – К.: Здоров'я, 1984. – 328 с.
8. Серов В.В. Общепатологические подходы к познанию болезни / В.В. Серов. – М.: Медицина, 1999. – 304с.
9. Цитовская Л.В. Руководство к практическим занятиям по хирургии / Л.В. Цитовская. – К.: Вища школа, 1988. – 352 с.
10. Швидка медична допомога : Навч. посібник / За ред. Б.Г. Апанасенка, Л.П. Чепкого. – К.: Вища школа, 1992. – 311 с.