

Кафедра спортивного туризму

Тимошенко Л. О., Лабарткава К. В.

ЛЕКЦІЯ № 14
„Охорона здоров’я в туристському поході”

з навчальної дисципліни

**«Підвищення туристично-спортивної майстерності»
(ПТСМ)**

для студентів 3 курсу
спеціальності 242 „Туризм”

ПЛАН.

1. Медичні вимоги до учасника туристського походу.
2. Самоконтроль під час туристського походу.
3. Перша медична допомога в туристському поході.
4. Оцінка загального стану потерпілого, локалізації і характеру ушкодження.
5. Основні прийоми і правила надання першої медичної допомоги.
6. Основні прийоми реанімації.
7. Обов'язки санінструктора в туристському поході. Похідна аптечка.

1. Медичні вимоги до учасника туристського походу.

Туристські походи, особливо висококатегорійні, передбачають умови, далекі від комфортних, пов'язані з відчутним збільшенням фізичних навантажень. Ця обставина обумовлює підвищення вимог до загального стану організму людини, що значною мірою забезпечує безаварійність при подоланні маршрутів.

Медичний контроль і добір учасників походу за відповідними критеріями здійснюються фахівцями фізкультурних диспансерів і кабінетів лікарського контролю при районних і міських поліклініках.

Їх завдання - виявити захворювання, які не дозволяють людині брати участь у походах або займатися складними видами туризму.

Перелік таких захворювань визначено і затверджено Державним комітетом з фізкультури і спорту спільно з Міністерством охорони здоров'я. До них належать:

- органічні (уроджені) пороки серця,
- гіпертонія,
- захворювання серцевого м'яза,
- туберкульоз легенів у активній стадії,
- гострі захворювання легенів, бронхів, носоглотки,
- хронічний гастрит,
- виразка шлунку і 12-палої кишки,
- холецистит у стадії загострення,
- камені в жовчному міхурі,
- геморої із частими кровотечами,
- випадіння прямої кишки,
- запалення нирок, ниркових мисок і сечового міхура,
- камені в нирках,
- гостре запалення середнього вуха,
- кон'юнктивіт,
- гнійне запалення слізної залози,
- інфекційні захворювання шкіри,
- деякі захворювання жіночих статевих органів,
- злоякісні пухлини,
- грижі,
- ревматизм суглобів.

Це також захворювання і травми опорно-рухового апарату, отримані незадовго до експедиції, і струс головного мозку, наслідком якого є періодичні головні болі.

Не можуть брати участь у поході особи, що перенесли протягом попереднього місяця:

- затяжний грип,
- тяжку форму ангіни,
- скарлатину чи інші інфекційні захворювання.

Психічні захворювання, в тому числі, епілепсія, є протипоказанням навіть для одноденних походів і маршрутів.

Виключена участь у туристських походах і подорожах людей з вираженим порушенням слуху і зору, що може стати причиною втрати орієнтації під час маршруту і призвести до нещасного випадку.

Загострення будь-якої хронічної хвороби в похідних умовах при відсутності кваліфікованої медичної допомоги може спричинитись до тяжких наслідків. Крім того, хвороба супроводжується патологічними змінами загального характеру, що виявляються у слабкості, підвищеній стомлюваності, головному болю, безсонні, дратівливості, пригніченості, послабленій опірності організму. Все це посилює схильність організму до захворювань і створює на маршруті потенційно небезпечні ситуації.

Перш ніж вирушити в туристський похід, кожний з його учасників повинен здійснити комплекс профілактичних заходів:

1. Необхідно санувати ротову порожнину (полікувати зуби).
2. Людям, схильним до захворювання на ангіну і запалення носоглотки, треба пройти профілактичний курс.
3. Обов'язково слід позбавитись мозолів на ногах.
4. При підвищеному потінні ніг доцільно провести курс профілактичного лікування шляхом обробки міжпальцевих проміжків протягом чотирьох днів присипкою у складі борної кислоти і уротропіну (по 4,5г), магnezії і тальку (по 0,5г).

До початку експедиції на вимогу санітарно-епідеміологічної служби необхідно зробити профілактичні щеплення проти ряду інфекційних і особливо небезпечних захворювань. Так, обов'язковій вакцинації підлягають усі члени експедиції, якщо проведення польових робіт передбачається в місцях, де наявні природні вогнища кліщового енцефаліту.

Крім медичного контролю, важлива роль під час туристського походу належить самоконтролю, який полягає у щоденному спостереженні за своїм самопочуттям з обов'язковим записом його результатів у польовому щоденнику і його наступним аналізом.

2. Самоконтроль під час туристського походу.

Для отримання більш чи менш адекватної картини фізичного стану організму і функціонування всіх його органів, а також можливості участі людини в туристському поході достатньо застосувати кілька простих, доступних і досить інформативних тестів та функціональних проб.

Щоб отримати співставні дані, тести повинні проводитися в один і той самий час доби, найкраще відразу після сну. Вікова норма визначається співвідношенням фактичного значення тесту із встановленим у клінічних умовах.

Одним із найважливіших показників стану серцево-судинної системи є частота пульсу. Пульс прослуховується на променевій, сонній або стегновій артерії. У стані спокою частота пульсу у чоловіків дорівнює 60-70 ударам, у

жінок - 70-80 ударам за хвилину. Пульс прослуховують протягом 10 сек. і отриманий результат множать на 6.

При певному фізичному навантаженні пульс прискорюється і після 20-30 присідань становить 100-120 ударів за хвилину. Частота пульсу в 130-140 ударів за хвилину без зміни навантаження свідчить про незадовільний функціональний стан організму, недостатню тренуваність, неповну акліматизацію до місцевих умов, переважно або є симптомом якогось захворювання. Нормалізація частоти пульсу після тестової проби у здорової людини настає через 1-2 хв. У протилежному разі або при наявності аритмії, має місце порушення процесів компенсації серцево-судинної системи внаслідок недостатньої адаптаційної здатності до фізичних навантажень чи навіть якесь захворювання.

Дані про самопочуття, сон, апетит фіксуються в польовому щоденнику за п'ятибальною шкалою. Втома та її прояви, наявність чи відсутність бажання працювати оцінюються за трибальною шкалою відповідно до міри їх вияву (слабкі; помірні; сильні).

Маса тіла і сила рук визначаються за кількістю віджимань від підлоги, підтягувань на перекладині (не менше 8-10 разів для молодих людей і 4-5 - для людей середнього віку) або за допомогою кистьового динамометра.

Одним із найбільш адекватних способів оцінки фізичного стану людини є 1,5-мильний тест Купера, що полягає у визначенні мінімального часу, за який людина здатна подолати пішки відстань у 1,5 милі (2400 м). Для молодої людини цей показник не повинен перевищувати 11,5 хв.

Ще одним тестом аналогічного змісту може бути результат піднімання на четвертий поверх у спокійному темпі (80 кроків за хвилину), при якому частота пульсу має досягати в середньому 108-120 ударів за хвилину, а через 2 хвилини - 96-104.

Для оцінки стійкості до кисневого голодування застосовують пробу Генча, що полягає в максимально можливому затриманні дихання на видиху після глибокого вдиху (в середньому воно має досягати 33 сек.). При цьому слід робити повний видих у швидкому темпі.

Здатність організму підтримувати рівновагу можна визначити за вестибулярною пробю Бондаревського. Вона полягає в тому, щоб якомога довше простояти на одній нозі, не відриваючи п'ятку від підлоги і, тримаючи руки на поясі, з заплющеними очима.

Силу ніг і стрибучість визначають за допомогою проби Абалакова. Для цього на стіні роблять позначки через кожний сантиметр на висоті 250-350 см. Стоячи обличчям до стіни на відстані стопи з піднятими руками, відмічають рівень, до якого дістають кінцями середніх пальців, потім підстрибують з місця, намагаючись якомога вище до тягтися руками, і знову відмічають висоту. Різниця між цими даними і є висотою стрибка.

Система самоконтролю передбачає також визначення артеріального тиску. Так, у молодих людей (20-30 років) систолічний тиск повинен перебувати в межах 105-110 мм, а діастолічний (друга цифра ртутного стовпчика) - 65-70 мм, у віці 40-50 років - відповідно 120-130 і 75-80 мм.

Швидкісну реакцію нервової системи оцінюють за допомогою тепінг-тесту. Вона визначається за максимальною кількістю точок, проставлених за 10 сек. у квадраті розміром 10 x 10 см (норма для молодих людей становить не

3. Перша медична допомога в туристському поході.

Перша медична допомога ~ це невідкладні дії, спрямовані на врятування життя хворого чи потерпілого від травми на місці нещасного випадку, що передують наданню кваліфікованої медичної допомоги.

Мета першої медичної допомоги - полегшити біль і протікання процесів, пов'язаних із травмуванням, а при інших захворюваннях - запобігти їх подальшому розвитку.

При цьому важливо своєчасно евакуювати потерпілого до лікарні. Якщо маршрут пролягає у важкодоступних місцях, віддалених від населених пунктів, і ситуація ускладнюється метеорологічними умовами, потерпілий протягом кількох годин і навіть діб може розраховувати виключно на допомогу товаришів і життєві сили власного організму. Бувають випадки, коли життя потерпілого цілком залежить від своєчасності і кваліфікованості першої медичної допомоги, що дозволяє також запобігти серйозних ускладнень і розвитку в організмі необоротних-змін. Тому кожний учасник туристського походу повинен володіти методикою надання першої медичної допомоги собі і своїм товаришам, знати послідовність здійснення необхідних заходів незалежно від наявності чи відсутності у нього медичної освіти.

Завдання першої медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях (травми, гострі захворювання тощо) полягає у здійсненні таких заходів :

- припинення дії травмуючих факторів, що містять у собі загрозу для здоров'я і життя людей;
- відновлення дихання і серцевої діяльності у потерпілого (первинні реанімаційні дії);
- зупинення кровотечі;
- перев'язка ран стерильними матеріалами;
- знеболювання;
- іммобілізація (фіксація) травмованих ділянок тіла за допомогою підручних засобів;
- надання тілу потерпілого найбільш зручного положення у відповідності з характером ушкодження;
- забезпечення по можливості швидкого і обережного транспортування потерпілого до лікувального закладу **або** виклик медичної допомоги на місце нещасного випадку. При наданні першої медичної допомоги слід виходити перш за все з міркувань безпеки, доцільності тих чи інших заходів, виконувати всі необхідні маніпуляції швидко, обережно і впевнено, з дотриманням усіх належних вимог, зберігаючи при цьому спокій і рівновагу.

Приступаючи до надання першої медичної допомоги, необхідно оперативнo і адекватно оцінити стан потерпілого і супутні зовнішні обставини, дотримуватись певної послідовності дій, по можливості врахувати і усунути загрозливі фактори чи скоригувати свої дії відповідно до їх впливу.

Перш за все необхідно точно, якщо це дозволяє ситуація, з'ясувати всі обставини, за яких стався нещасний випадок, з тим щоб встановити характер ушкодження (особливо в тому разі, коли потерпілий знепритомнів). Ці дані

можуть стати відправною точкою в подальшому лікуванні і в підсумку врятувати життя потерпілому.

При огляді потерпілого оцінюють його загальний стан, характер і тяжкість тілесних ушкоджень, можливість і спосіб допомоги, необхідні для цього засоби, які можна знайти в похідних умовах.

У тяжких випадках (артеріальна кровотеча, непритомність, припинення дихання) до надання першої допомоги необхідно приступати негайно, пам'ятаючи при цьому, що надмірна поспішність теж може завдати шкоди потерпілому.

4.Оцінка загального стану потерпілого, локалізації і характеру ушкодження

Перш за все необхідно переконатися, що у потерпілого зберігається дихання і йому ніщо не перешкоджає.

Ясність свідомості потерпілого неважко з'ясувати вже з перших його відповідей на задані запитання.

Тривожними симптомами є:

- сповільнена реакція,
- адинамія,
- втрата свідомості.

Ознаками тяжкої травми і критичного стану потерпілого є:

- раптова блідість,
- сірий колір шкіряного покриву,
- знижена (*менше 15 за хвилину*) або прискорена (*більш 30 за хвилину*),
- частота дихання,
- слабкий пульс або його повна відсутність (з частотою *менше 40 і більше 120 ударів* на хвилину).

При травмуванні без втрати свідомості потерпілий здатен сам оцінити свій стан і тим самим сприяти ефективному лікуванню.

Необхідно ретельно оглянути голову, тулуб, кінцівки потерпілого, порівняти праву і ліву сторони. Так легше відшукати місце ушкодження і оцінити загрозу втрати травмованим крові, виявити переломи кісток та інші ушкодження.

Важче діагностувати травми тазових кісток, хребта, грудної клітки, живота.

В разі необхідності слід викликати медичну допомогу і транспортувати потерпілого до лікарні (рис.1.), якщо це дозволяють географічні, технічні та інші умови.

При наявності симптомів, що супроводжують **тяжкі випадки травмування (втрата свідомості, ушкодження голови, хребта, живота, переломи великих кісток)**, і можливості викликати допомогу це треба зробити негайно.

Транспортувати потерпілого до лікувального закладу можна лише у двох випадках:

- за умови його задовільного загального стану і здатності самостійно пересуватися;
- в разі неможливості виклику допомоги до місця, де трапився нещасний випадок по телефону або через радіомережу.

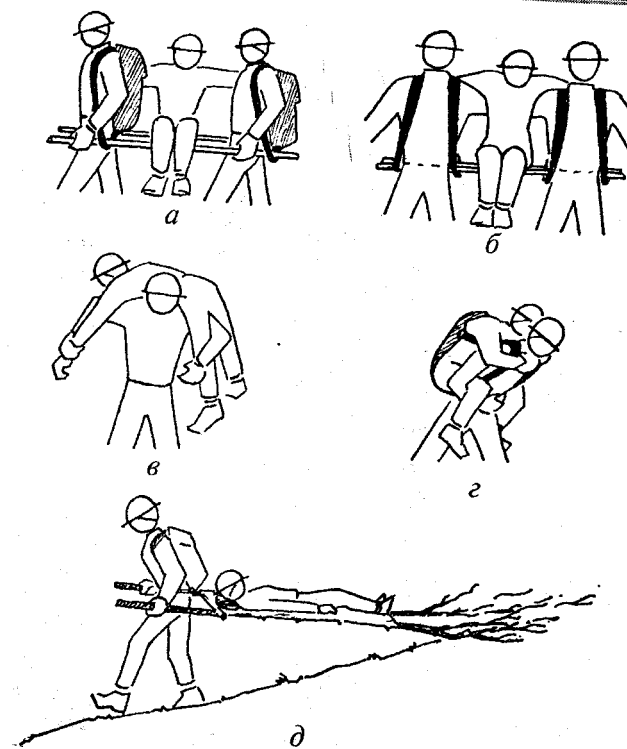


Рис. 1. Транспортування потерпілого:

а, б - на двох альпенштоках, протягнутих попід лямки рюкзака;
в - на плечах; *з* - на спині за допомогою порожнього рюкзака;
д - на ношах униз по схилу.

При відсутності зв'язку у випадку важкого травмування учасника для того, щоб виграти час, доцільно розділити групу. Двох її членів відряджають до найближчого населеного пункту по допомогу, а інші (не менше п'яти - семи чоловік) транспортують потерпілого в напрямку дороги, (де можливий рух автотранспорту), або рівної відкритої ділянки, звідки може бути поміченим сигнал пілотом літака чи вертольота.

Для транспортування потерпілого на значні відстані у польових умовах потрібно змайструвати ноші (рис.2.).

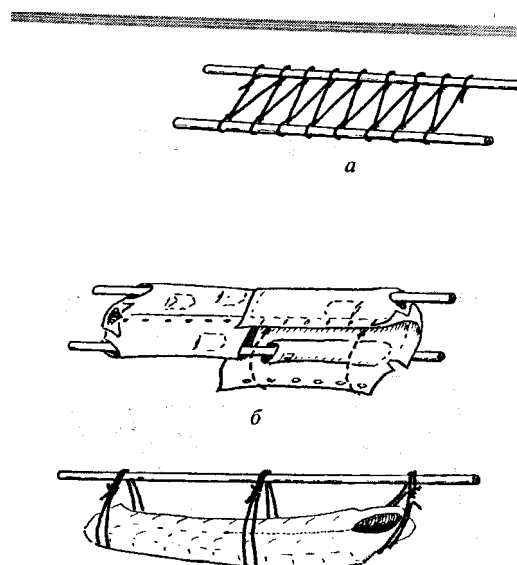


Рис.2. Ноші, виготовлені з використанням:

a - мотузки; *б* - верхнього одягу; *г* - спального мішка.

Головна вимога до саморобних нош - їх зручність і надійність. Недбало зроблені ноші можуть додатково травмувати потерпілого.

Лікареві необхідно детально викласти всі симптоми:

зміни у свідомості, пульс, розмір зіниць. При накладанні джгута необхідно письмово зафіксувати час з точністю до хвилин. До речі, загальним для всіх неписаним правилом є фіксування в польовому щоденнику будь-яких подій, що відбуваються під час туристського походу.

Основні прийоми і правила надання першої медичної допомоги.

Часто для надання першої медичної допомоги доводиться повністю або частково роздягати і роззувати потерпілого. При цьому з метою запобігання додатковому травмуванню і небажаному ускладненню його стану, необхідно дотримуватись таких правил:

- одяг треба знімати, починаючи з неушкодженої частини тіла. Якщо одяг прилип до рани, то не можна відривати від неї тканину: *треба просто обрізати її навколо рани;*
- в разі кровотечі одяг треба швидко розрізати уздовж рани і, відгорнувши його, звільнити відповідну ділянку тіла для перев'язки;
- при тяжких травмах гомілки або стопи (при підозрі перелому) необхідно розрізати задник взуття по шву гострим ножем, після чого знімати його поступово, звільняючи в першу чергу п'ятку;
- звільняючи травмовану кінцівку від одягу чи взуття необхідно додатково її притримувати;
- роздягати потерпілого без крайньої необхідності, особливо в холодну пору року, небажано. В таких випадках звільняють лише ту частину тіла, яка потребує відповідної медичної обробки. Для цього цілком достатньо зробити проріз таким чином, щоб після накладання пов'язки і спинення кровотечі можна було опустити відрізаний клапоть одягу, закривши ним оголену частину тіла.

Правила накладання шин. При накладанні шини необхідно зафіксувати не тільки місце перелому, а й суглоби вище і нижче від нього. Накладання шин вимагає обережності, щоб уникнути додаткового травмування потерпілого. Під шину обов'язково кладеться шар вати або м'яка тканина. Найпоширенішими помилками при накладанні шин є:

- фіксування шин без м'якої прокладки, що викликає біль і - може призвести до утворення пролежнів;
- недостатня довжина шини, що не дозволяє належним чином зафіксувати ушкоджену кінцівку;
- відсутність ватно-марлевого валика, необхідно при фіксуванні кисті;
- слабе фіксування шини;
- відсутність при переломі руки пов'язки, що дозволяє підтримувати її в

підвищеному положенні.

Рани. Рани можуть бути:

- поверхневими, з порушенням виключно шкіряного покриву, і
- більш глибокими, що супроводжуються ушкодженням підшкірної клітковини, м'язів, зв'язок (сухожиль), судин, кісток і внутрішніх органів.

За розміром ран, їх зовнішнім виглядом і станом розрізняють різані, рубані, колоті, рвані рани, а також рани, що виникли внаслідок удару, укусу, опіку.

Небезпечними для життя є глибокі поранення голови і шиї, грудей, живота, рани з ушкодженням великих кровносних судин. Поранення кисті містять у собі небезпеку ушкодження сухожиль. Поранення часто супроводжуються розвитком запальних процесів з утворенням флегмон, абсцесів. Чим глибша рана, тим швидше розвиваються важче протікають інфекційні ускладнення.

Кровотечі. Якщо кров із рани витікає назовні, ми маємо справу з зовнішньою кровотечею. Особливо значними втратами крові загрожують глибокі рубані і різані рани, а також поранення обличчя і голови. При колотих ранах і опіках грудей і живота можливі внутрішні кровотечі, тобто крововилив у внутрішню порожнину.

Кровотеча може бути:

- *капілярною* (при незначних пораненнях, коли виступають краплі крові);
- *венозною* (при більш глибоких пораненнях із ушкодженням вен з рани сильно сочиться кров темно-червоного кольору);
- *артеріальною* (при глибоких пораненнях з ушкодженням артеріальних судин кров яскраво-червоного кольору б'є з рани пульсуючим струменем).

При всіх видах поранення перша допомога полягає у визначенні його тяжкості, виявленні можливих внутрішніх ушкоджень, оцінці загального стану потерпілого можливості шоку внаслідок втрати крові, припиненні кровотечі попередженні інфікування рани.

Основні правила обробки рани. Найчастіше поверхневі рани не викликають сильної кровотечі, тому перша допомога обмежується, як правило, перев'язуванням рани. Її краї обробляють ватним тампоном, змоченим у йодній настойці так, щоб йод не потрапив у саму рану. Потім її збризкують "**Пантенолом**", покривають стерильною серветкою з індивідуального пакету і забинтовують. В тому разі, якщо краї рани сильно розійшлися, перед бинтуванням їх необхідно зблизити (але не до повного змикання) і в такому положенні зафіксувати кількома смужками лейкопластиру.

Рану забороняється промивати як водою (що пов'язано небезпекою зараження), так і спиртом або йодною настоянкою, які викликають сильний біль. Безпосередньо на рану не можна класти також ніяких мазей і вати. Якщо в результаті поранення виступають на поверхню будь-які внутрішні органи чи тканини, то їх прикривають стерильною марлею і ні в якому разі не вправляють усередину.

Припинення кровотечі. Обробка будь-якої рани, що кровоточить, спрямована перш за все на припинення кровотечі. При цьому всі дії повинні бути швидкими і точними, оскільки значна втрата крові знесилює потерпілого і

може містити в собі загрозу його життю. Запобігання цій небезпеці набагато полегшує і прискорює подальше лікування потерпілого, а також знижує можливість тяжких наслідків поранення.

Венозну і капілярну кровотечу найлегше зупинити за допомогою пов'язки.

На відповідну ділянку тіла накладають стерильну марлю або бинт, потім - знову бинт або марлю, складені в кілька шарів (у крайньому разі - носову хустку). Ця пов'язка туго примотується бинтом і, тиснувши на судини, спиняє кровотечу. Поранену кінцівку після накладання пов'язки слід зафіксувати у підвищеному положенні, що також сприяє зменшенню кровотечі. Протягом двох наступних годин необхідно постійно контролювати стан ушкодженого органу чи тканини, стежачи за пов'язкою. В подальшому слід перевіряти її кожні 10-15 хвилин. Якщо пов'язка промокла майже відразу після накладання і кров при цьому має яскраво-червоний колір, це може бути свідченням ушкодження артерії. При його відсутності кров просочуватиметься кров'ю поступово і може проступити через годину чи навіть більше.

При підозрі на артеріальну кровотечу поверх скривавленої пов'язки слід накласти нову, тугіше притискаючи її на кожному витку бинта. При венозній кровотечі і незначному ушкодженні артерій цього, як правило, виявляється достатньо. Швидко промокання пов'язки, що не припиняється, просочування крізь неї крові краплинами, а тим більше струменем (що трапляється не часто і свідчить про глибоке поранення і ушкодження великої артерії), вимагають негайних заходів з метою припинення артеріальної кровотечі. В таких випадках артерію притискають пальцем у точці, де вона найближче підходить до поверхні тіла, і накладають джгут-закрутку. Це може бути як спеціальний медичний джгут, так і пристосовані з цією метою будь-які еластичні предмети з цупкого матеріалу (ремені, мотузки, хустки і т. ін.), з яких можна зробити петлю довжиною 70-80 см і шириною 2-10 см.

Джгут-закрутку накладають завжди вище рани: при пораненні передпліччя - на плече, голінки - на стегно.

Послідовність накладання джгута-закрутки така:

- притиснути пальцем артерію, визначити місце накладання джгута, звільнити відповідну частину тіла від верхнього одягу для забезпечення щільного прилягання джгута (тимчасового припинення кровотечі можна досягти, максимально згинаючи кінцівку, що іноді підсвідомо робить сам потерпілий);
- закрутити за допомогою палички петлю і, відчувши невелике стискання,
- відпустити палець і зняти пов'язку для огляду рани;
- затягувати закрутку доти, поки не припиниться кровотеча (небезпечно продовжувати уже закручувати джгут уже після видимого припинення кровотечі: це може призвести до ушкодження судин і нервів);
- накласти на рану нову пов'язку, закріпивши паличку на забинтованій кінцівці чи на тілі;
- перш ніж зафіксувати паличку, необхідно прикріпити до неї записку з зазначенням часу накладання джгута (з точністю до хвилини).

Треба пам'ятати, що джгут можна тримати не більше години. Якщо дорога до лікарні займе більше часу, то через 30 хвилин після накладання джгута його розкручують на 5-10 хвилин і міцно затискають рану долонею. При цьому

кровотеча може продовжуватися. *Періодичність послаблення джгута – півгодини.* Це допомагає запобігати омертвінню кінцівки внаслідок порушення кровопостачання і утворення тромбу на місці стискання артерії джгутом. Тому джгут можна використовувати лише в разі крайньої необхідності і з великою обережністю. В переважній більшості випадків кровотечу можна зупинити правильним накладанням давлячої пов'язки.

Опіки є результатом впливу високої температури (полум'я, гаряча чи палаюча рідина, розпечені предмети і т. ін.), а також хімічних речовин, отруйних рослин, сонячних променів. Хоча при опіках ураження зазнають переважно шкіра і підшкірна клітковина, вони небезпечні для життєдіяльності організму в цілому.

РОЗРІЗНЯЮТЬ ЧОТИРИ СТУПЕНІ ОПІКІВ:

I – почервоніння і набрякання шкіри;

II – утворення пухирців, наповнених жовтуватою рідиною (плазмою крові);

III - утворення струпів, місцевий некроз (омертвіння тканин);

VI - обвуглювання тканин.

Навіть неглибокі обширні опіки викликають шок, на обпечених ділянках тіла відбувається утворення токсинів, які розносяться кров'ю по всьому організму. Мікроорганізми викликають загноювання ран. Ураження третини поверхні тіла опіками II ступеня, являє собою серйозну небезпеку для життя потерпілого.

Перша допомога при опіках передбачає здійснення таких заходів:

- з міркувань власної безпеки і безпеки оточуючих, якомога швидше припинити вплив фактора термічного ураження;
- при загоранні одягу необхідно якнайшвидше накинути на палаючу ділянку шматок тканини (ковдри, куртку тощо), посипати її снігом чи занурити у воду;
- при опіках, викликаних гарячою рідиною, необхідно негайно скинути одяг і підставити місце опіку під струмінь холодної води. Це знижує міру і глибину ураження тканин, зменшуючи тяжкість опіку);
- уражену ділянку збризкують “Пантенолом” (у разі відсутності необхідних медикаментів - сечею) і накладають стерильну пов'язку, а в разі її відсутності - будь-яку чисту тканину.

Участь потерпілого в експедиційних роботах припустима лише при опіках I-II ступеня, якими уражена невелика ділянка тіла (розміром не більше долоні), за умови їх локалізації не на кисті руки і не на обличчі. Але і в цьому разі через 3-4 години після опіку шкіру повторно збризкують “Пантенолом”, пухир, що утворився, підрізають ножицями, протертими йодом, і знову накладають стерильну пов'язку. Процедуру повторюють двічі на день до повного загоювання рани.

При опіках II ступеня, якими уражена площа середньої величини (більше долоні), необхідне здійснення протишокових заходів. З цією метою потерпілий повинен прийняти одну-дві таблетки анальгіну; випити дві-три кружки теплої рідини з доданням чайної ложки питної соди на кожен кружок. Крім того, необхідно накласти холодну пов'язку (спеціальний медичний пакет, пакетик з льодом і т. ін.).

В разі шоку і при опіках III-IV ступеня потерпілого необхідно терміново госпіталізувати. При неможливості швидкої евакуації поверхню опіку двічі-

тричі на день збризкують “Пантенолом”, потерпілому дають по одній таблетці анальгіну, димедролу та еритроміцину і багато теплої рідини для пиття з доданням соди (до 1,5 - 2 л на добу з 5 чайними ложками соди).

Опіки отруйними рослинами можуть виникати при дотику до відкритих ділянок шкіри листя чи стебел отруйних рослин (цикута, вовче лико, аконіт та ін.). На уражених місцях з’являються пухирці, заповнені мутною рідиною, що потім перетворюються на виразки, які важко піддаються лікуванню і довго не гояться.

Перша допомога полягає у збризкуванні місця опіку “Пантенолом” і прийнятті однієї таблетки димедролу. Для запобігання таким випадкам слід добре продумувати екіпіровку в місцях, де ростуть отруйні рослини.

Сонячні опіки найчастіше трапляються в горах і супроводжуються підвищенням температури й виникненням пухирців. На значній висоті розріджене повітря слабо поглинає сонячне проміння, тому його дія значно сильніша, ніж на рівнині. Сніг добре відбиває ультрафіолетове проміння, що призводить до опіків найбільш уразливих місць. Це перш за все губи, нижня поверхня підборіддя, і навіть ніздрі. Для захисту обличчя в гірських умовах користуються масками або спеціальними мазями від загару.

Обмороження. Загальне переохолодження (замерзання) настає в результаті впливу на організм людини низьких температур, що посилюється при підвищенні вологості повітря, а також за рахунок тісного одягу і взуття, додаткових предметів спорядження (ремінь резинка), які стискають кінцівки і утруднюють кровообіг, і т. ін. За характером ураження і тривалістю впливу низьких температур на організм людини розрізняють три ступені (стадії) обмороження, що піддаються визначенню лише після відігрівання потерпілого.

I ступінь - збліднення або побіління обмороженої ділянки тіла (вуха, ніс, щоки, пальці ніг і рук), втрата чутливості шкіри, обмеження рухливості. Після відігрівання замерзлої ділянки шкіри нормалізується її температура, відновлюється чутливість, рухливість пальців, але зберігається набряк. Шкіра набуває синьо-червоного відтінку. Через п’ять-сім діб починається її злущування, супроводжуване свербінням. Зберігається підвищена чутливість цих ділянок тіла до холоду.

II ступінь - утворення після відігрівання пухирців, що супроводжується підвищенням температури тіла, гарячкою. Можливий швидкий розвиток інфекції з нагноєнням на місцях пухирців,

III ступінь - відмирання (некроз) замерзлих ділянок шкіри;

При обмороженні будь-якого ступеня необхідна термінова медична допомога. Запобігання обмороженню досягається посиленням кровообігу на ділянках тіла, що починають замерзати. Якщо мерзнуть ноги, треба виконувати ними широкі розмахування вперед-назад і глибокі присідання, якщо руки - енергійні махи від плеча і швидке стискання пальців у кулак з наступним їх розтисканням. При замерзанні носа, щік, вух для забезпечення припливу крові до обличчя треба деякий час іти, сильно нахилившись уперед і не знімаючи при цьому рюкзака, або зробити 10-15 глибоких нахилів уперед. Бажано випити гарячого солодкого чаю або кави, прийняти кілька таблеток глюкози з вітаміном С або з’їсти кілька шматочків цукру.

При перших ознаках обмороження необхідно відігріти ділянки тіла, які побіліли. Онімлі від холоду пальці рук треба сховати під одяг.

При ураженні стоп необхідно зняти з потерпілого взуття і шкарпетки і сісти так, щоб товариш міг сховати і затиснути його ступні у себе під пахвою. Треба також дати йому теплого солодкого чаю або кави.

Не слід розтирати онімілі ділянки тіла спиртом, снігом, і вовняною рукавицею, бо в разі більш глибокого ураження і можна пошкодити шкіряний покрив і занести інфекцію.

При обмороженні II-III ступеня ушкоджені ділянки збризкують “Пантенолом”, накладають стерильну пов’язку, дають по одній таблетці анальгіну, димедролу і дротаверину (нош-пи). Бажано випити теплого солодкого чаю або кави. При значному погіршенні стану, високій температурі дають ще по одній таблетці еритроміцину або аспірину. В таких випадках необхідно терміново евакуювати потерпілого для надання йому фахової медичної допомоги. Але робити це треба дуже обережно, щоб не викликати додаткових ускладнень.

При загальному переохолодженні організму потерпілого треба негайно доставити в тепле приміщення або, якщо це неможливо, розкласти велике багаття. Відігріти тіло можна за допомогою енергійного, але обережного масажу. Необхідно напоїти потерпілого теплим солодким чаєм або кавою. Вживання спиртного може завдати потерпілому великої шкоди. Якщо це можливо, хорошим засобом є тепла ванна з температурою води 36-37°C.

У випадку втрати свідомості, при сповільненому диханні, відсутності пульсу необхідна термінова реанімація.

Електротравми є наслідком безпосереднього контакту з джерелом або лінією електропередач. Стан організму залежить від сили струму, що пройшов через тіло.

Ураження блискавкою супроводжується, як правило, важкими симптомами: втратою свідомості; припиненням чи різким пригніченням дихання; нетриманням; частим аритмічним пульсом; розширенням зіниць; посинінням обличчя, шиї, грудної клітки, кінчиків пальців; наявність слідів опіків; припиненням роботи серця.

Невідкладна допомога надається на місці нещасного випадку в такій послідовності:

- якщо потерпілий втратив свідомість, але при цьому зберігаються дихання і серцебиття, необхідно перш за все розстебнути одяг, покласти його на бік, підклавши під шию валик з одягу для стимулювання роботи дихальних шляхів;
- за рухами грудної клітки або за допомогою дзеркальця, піднесеного до рота потерпілого (при збереженні дихання воно запотіває), встановити, чи потерпілий дихає;
- очистити ротову порожнину від крові, слини, блювотних мас;
- при відсутності дихання негайно приступити до реанімації (штучного дихання і непрямого масажу серця).

Основні прийоми реанімації.

До основних прийомів реанімації відносяться штучне дихання (“рот у рот”, “рот у ніс”) і закритий масаж серця. Вони використовуються з метою врятувати життя потерпілого, який перебуває у критичному стані (шок, відсутність дихання, зупинка серця, втрата свідомості).

Шок - небезпечний для життя стан, викликаний впливом якогось сильного

подразника, тяжкої травми, поранення, значної втрати крові. Відразу після серйозного травмування може виникнути загальне мовне і рухове збудження, прискорення дихання (*еректильний шок*). Потерпілий, незважаючи на тяжкі ушкодження, намагається рухатись. Він збуджений, багато і голосно говорить. Через 5-Ю хв. Цей стан починає змінюватися пригніченістю, що супроводжується послабленою реакцією на оточення, нерухомістю, зблідненням. З'являється липкий холодний піт, часте і поверхнєве дихання, прискорення пульсу до 140-200 ударів на хвилину з наступним його послабленням (*торпідний шок*).

Реанімаційні заходи треба здійснювати в такій послідовності:

- обережно покласти потерпілого на спину (при блюванні повернути голову набік);
- перевірити наявність дихання і серцебиття;
- в разі відсутності дихання і серцебиття приступити до реанімаційних заходів – штучного дихання і закритого масажу серця;
- при наявності кровотечі якомога швидше її зупинити;
- при переломах здійснити іммобілізацію ушкоджених кінцівок;
- активізувати кровопостачання мозку і серця наданням більш високого положення ногам у разі відсутності їх ушкодження. Для цього достатньо підняти їх, підклавши рюкзак, спальний мішок, згорнутий одяг тощо;
- не давати пити, оскільки не виключена небезпека ушкодження внутрішніх органів, що може супроводжуватися блювотою. *Категорично забороняється давати потерпілому спиртне;*
- негайно відрядити когось із членів групи по медичну допомогу. Транспортувати потерпілого в шоковому стані можна лише в крайньому випадку – щоб винести до проїжджого шляху, до посадочного майданчика в разі виклику вертольота, а також при повній неможливості прибуття лікаря до місця нещасного випадку.

Штучне дихання (штучна вентиляція легенів).

Перш ніж розпочати штучне дихання, необхідно пересвідчитися у прохідності верхніх дихальних шляхів потерпілого. При наявності в них води в результаті утоплення звільнити їх за допомогою *прийому “на коліно”*. Для цього, стоячи на одному коліні, треба покласти потерпілого на друге, зігнуте коліно, так, щоб на нього спирався нижній відділ грудної клітки, а верхня частина тіла і голова – звисали вниз. Потім однією рукою відкрити потерпілому рот, а другою – поплескати його по спині або поступовим рухом, спрямованим від спини, натиснути на ребра. Цю процедуру продовжувати доти, поки не припиниться інтенсивне витікання води. Після цього перевернути потерпілого на спину і покласти на тверду поверхню. Пальцем, обгорнутим бинтом або носовою хусткою, швидко звільнити порожнину рота від піску, слизу, крові, блювотних мас та інших сторонніх предметів. В разі наявності вийняти зубні знімні протези і розпочати штучне дихання і закритий масаж серця до появи у потерпілого самостійного дихання і відновлення серцевої діяльності. Це стосується *синього типу утоплення*.

При блідому типі – зразу приступають до штучного дихання і закритого масажу серця.

Дихальні шляхи звільнюються легше, якщо голову потерпілого закинути назад. Тому під його шию треба підкласти згорнутий одяг. Коли щелепи міцно

стиснуті, їх треба обережно розтиснути будь-яким плоским предметом (держакон ложкк і т. ін.), покластит між зубами шматок туго згорнутого бинта чи тканини і очистити ротону порожнину. Потім необхідно розстебнути одяг потерпілого, який перешкоджає диханню і кровообігу. Всі ці маніпуляції вимагають швидкого і обережного виконання, щоб не погіршити й без того критичний стан потерпілого.

Методика штучного дихання “рот у рот”. Швидко і обережно покластит потерпілого на спину з простягнутими уздовж тіла руками на плоску тверду поверхню. Звільнити грудну клітку від ременів, обв’язок, одягу і т. ін. Голову потерпілого закинути назад, однією рукою відтягти нижню щелепу вперед і вниз, а пальцями другої руки затиснути ніс. Стежити, щоб язик не западав і не закривав дихальні шляхи потерпілого. При западанні язика його притримувати пальцями.

Для здійснення штучного дихання треба зробити максимальний вдих, нахилитись над потерпілим, щільно притиснутись губами до його відкритого рота і зробити максимальний видих. При цьому треба стежити за тим, щоб по мірі надходження повітря в дихальні шляхи і легені потерпілого його грудна клітка максимально розпрямлялась.

Після цього відняти рот від губ потерпілого і припинити затискання носа. В цей момент повітря почне виходити з легенів потерпілого.

Вдих треба робити через кожні 3-4 сек. Інтервал між вдихами і глибина кожного вдиху повинні бути однаковими.

Методика штучного дихання “рот у ніс”. Цей спосіб застосовують при травмуванні язика, щелеп, губ. Положення потерпілого, частота і глибина вдихів, додаткові лікувальні заходи в цьому випадку ті самі, що й при способі “рот у рот”. У цьому випадку рот потерпілого повинен бути щільно закритий. Вдих (вдування повітря) робиться в обидві ніздрі потерпілого.

Ознаки відновлення дихання. Вчасне проведення штучного дихання дає шанс врятувати потерпілого. Перший його самостійний вдих не завжди чітко виражений і часто виявляється лише у слабких ритмічних скороченнях шийних м’язів, що нагадують ковтальні рухи. Потім дихальні рухи посилюються, хоча можуть відбуватися з великими інтервалами і мати конвульсивний судорожний характер.

Зовнішній (закритий) масаж серця застосовується при раптовій зупинці серцевої діяльності (шок, потрапляння в лавину, ураження блискавкою чи електрострумом і т. ін.). При цьому у потерпілого спостерігається виражена синюшність або блідість, пульс на променевій і сонній артеріях і серцебиття не прослуховуються вухом.

Закритий масаж серця слід виконувати в такій послідовності:

- швидко покластит потерпілого на спину на тверду поверхню і стати ліворуч від нього;
- покластит одну долоню на нижній відділ грудної клітки потерпілого, поверх неї - другу;
- енергійним поштовхоподібним рухом рук, не згинаючи їх у ліктях, натискати на грудину;
- після кожного натискання піднімати руки від грудини, щоб дати їй можливість розпрямитись і щоб порожнини серця встигли наповнитись кров’ю;

- за 1 хв. виконувати до 60 натискань.

Ознаки відновлення серцевої діяльності: поява пульсу на сонній або променевої артеріях, зменшення блідості або синюшності шкіри. При перших ознаках роботи серця масаж припиняють, проте слід бути готовим відновити його: серце може знову зупинитись.

Тривалість реанімаційних заходів. Поєднання прийомів реанімації. Успішність реанімаційних заходів значною мірою обумовлюється їх вчасністю і якістю виконання масажу серця і штучного дихання, а також раціональним їх поєднанням.

Якщо ці маніпуляції виконують двоє, то один робить масаж серця, а другий - штучне дихання. При цьому вдихання повітря в рот або ніс потерпілого роблять через кожні чотири натискання на його грудину (див. рис.3).

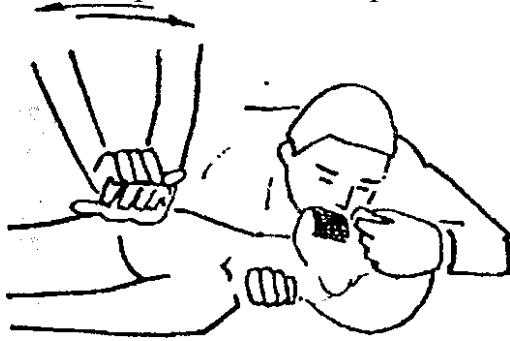


Рис.3. штучне дихання і зовнішній масаж серця.

В тому разі, якщо реанімаційну допомогу надає одна людина, черговість маніпуляцій та їх режим змінюється: після кожних *двох* швидких вдихів роблять *10-12* натискань на грудину з інтервалом в *1 сек.*

При збереженні серцевої діяльності (прощупується пульс, прослуховується серцебиття) штучне дихання проводять до відновлення самостійного дихання.

При відсутності серцевих скорочень штучне дихання і масаж серця виконують протягом *60-90 хв.* Якщо за цей час не відновились самостійне дихання і серцева діяльність, здійснення реанімаційних заходів припиняють.

Реанімаційні маніпуляції припиняють тільки в разі появи явних ознак біологічної смерті. Одна з перших ознак - помутніння роговиці і її висихання. При стисканні ока пальцями зіниця звужується і стає схожою на котяче око.

Втрата свідомості. Жодна з травм і захворювань у похідних умовах не викликає такої розгубленості і не призводить до таких з невиправних і навіть небезпечних дій, як раптова втрата потерпілим свідомості. Будь-яка її стадія чи форма дійсно є загрозливим симптомом. Втрата свідомості, безвідносно до її причин, може призвести до швидкої смерті потерпілого, якщо не надати йому невідкладної допомоги. Тоді як в цілому нескладні, але цілеспрямовані дії групи можуть врятувати йому життя.

Втрата свідомості здебільшого спричиняється травмуванням черепа і головного мозку, а також тяжкими травмами скелета і внутрішніх органів, що може бути наслідком падіння з великої висоти, каменепаду. Втрата свідомості має місце також при утепленні, потраплянні в лавину. При цьому основною небезпекою є асфіксія. Втрата свідомості в цьому випадку - це реакція на нестачу кисню. Часто втрата свідомості відбувається в результаті електротравм (ураження блискавкою чи електричним струмом). Втратою свідомості

супроводжуються також тяжкі форми отруєння, інфекційні захворювання з наступними ускладненнями. Втрата свідомості тривалістю до кількох годин може бути наслідком епілептичного припадку. Цей стан поступово переходить у сон, і тоді людину вже можна розбудити. При запамороченні і колапсі втрата свідомості може продовжуватись усього *кілька* секунд (до 1 хвилини). Якщо свідомість швидко не відновлюється, треба шукати інші причини її втрати.

Слід пам'ятати, що втрата свідомості може мати різну глибину і протікати в кілька стадій - від найлегшої до критичної. Це необхідно знати для розпізнавання на ранніх стадіях розвитку загрозливого стану організації допомоги.

Легка втрата свідомості (удар по голові, падіння з невеликої висоти, перегрівання, отруєння) виявляється у пригніченому стані потерпілого. Він ніби заглиблюється в себе, але при цьому зберігається мовний контакт: після неодноразового голосного повторення запитання він здатний повільно, тихо, іноді нерозбірливо, відповісти односкладовим “так”, “ні”. Потерпілий не розуміє найпростіших вказівок, іноді виконує їх у-сповільненому темпі; на запитання, чи відчуває біль, часто дає негативну відповідь. Але обережне обстеження травмованих ділянок тіла і перевірка рухомості суглобів при наявності переломів чи інших травм викликає відповідну мимічну реакцію і стогін.

Сопорозний стан (сонливість, повна апатія, нерухомість) розвивається при поглибленні розладу свідомості. На голосне звертання потерпілий відкриває очі, але погляд його залишається відстороненим. На біль реагує слабким стоном або мимічною гримасою. При сопорозному стані, а іноді й при легкій втраті свідомості часто спостерігається блювання, тому потерпілого необхідно перевернути на бік для запобігання асфіксії внаслідок потрапляння блювотних мас у дихальні шляхи.

Кома (глибока втрата свідомості) - стан, який нагадує сон, хоча “розбудити” людину при цьому не вдається. У потерпілого повністю відсутня реакція на зовнішні подразники, а також больові відчуття. В цій стадії небезпека критичного розладу дихання і роботи серця. Особливої уваги вимагає контроль за станом психіки потерпілого, тим більше при відсутності свідків обставин травмування. В таких випадках завжди слід пам'ятати про небезпеку травмування головного мозку. Раннє його діагностування - в процесі втрати потерпілим свідомості - має вирішальне значення для врятування життя потерпілого.

В коматозному стані настає параліч м'язів стравоходу і входу до шлунку. Це призводить до мимовільного витікання вмісту шлунку в ротову порожнину, а звідти з кожним вдихом - у дихальні шляхи і легені, що стає причиною асфіксії. В такій ситуації дуже швидко, іноді за лічені секунди, може настати припинення серцевої діяльності і дихання. Такому потерпілому не допоможуть закритий масаж серця і штучне дихання, оскільки повітря не проникає в дихальні шляхи. Тому при втраті свідомості найважливішим є запобігання асфіксії. Для цього потерпілого, що перебуває в стані непритомності, необхідно надати стійкого (фіксованого) положення. Обережно, підтримуючи голову, його кладуть на правий бік, потім ліву, тобто “верхню”, ногу згинають під прямим кутом у тазовому і колінному суглобах. Права рука потерпілого залишається за спиною, випрямлена вздовж тулуба, а його ліву руку згинають у

ліктьовому суглобі і обернену вниз долоню підкладають під голову. Таким чином, потерпілий лежить не зовсім на боці, а з невеликим нахилом уперед. У цій позі опорними є кілька точок: права сторона тазового суглоба і стегно, лівий колінний суглоб, ліва гомілка і стопа, лівий лікоть і долоня, покладена під голову.

Необхідно стежити, щоб вільному диханню потерпілого не перешкождали підкладена під голову долоня чи будь-які предмети. Обличчя потерпілого треба залишити відкритим для контролю за диханням і очищення ротової порожнини при виливанні в неї вмісту шлунку. В такому положенні потерпілий має залишатися доти, поки не опритомніє. Необхідно постійно спостерігати за ритмом дихання, пульсом, забарвленням шкіри. В разі зупинки серця або дихання потерпілого обережно перевертають на спину, підкладають під шию згорнутий одяг і приступають до реанімації. Під час транспортування (особливо в пересіченій гірській місцевості) потерпілого, що знаходиться в фіксованому положенні, не дуже туго прив'язують до нош широкими ременями чи будь-якими шматками тканини, зав'язаними в ділянці тазового і плечових суглобів, голінок. Фіксатори повинні не перешкоджати диханню.

При наявності переломів хребта, тазових кісток, верхніх і нижніх кінцівок, у разі падіння з великої висоти, удару великим каменем і т. ін. фіксоване положення протипоказане через небезпеку зміщення уламків кісток. Потерпілого в таких випадках перевертають на спину, підкладаючи під шию згорнутий одяг, і трохи закидають голову назад, щоб з дещо забезпечити вільне дихання.

Обов'язки санінструктора в туристському поході.

Під час проведення масових спортивно-оздоровчих заходів надання медичної допомоги потерпілим покладається на дипломованого спеціаліста з вищою медичною освітою. В туристських подорожах медичне забезпечення входить у функції санінструктора, який призначається з числа учасників походу і не завжди має медичну освіту, але пройшов відповідну підготовку в одному з медичних закладів, організації цивільної оборони або червоного хреста.

Коло обов'язків санінструктора в туристському поході включає: комплектування і підтримання в стані постійної готовності похідної аптечки, вміння практично застосовувати наявні у ній засоби, діагностику найбільш поширених захворювань і травм, володіння прийомами надання першої медичної допомоги і лікування, постійний контроль за станом здоров'я членів групи, якістю їжі, дотриманням правил особистої гігієни.

До переліку захворювань і травм, основи діагностики і лікування яких повинен знати санінструктор, входять:

- простудні захворювання (гострі респіраторні інфекції, грип, ангіна, запалення легенів),
- шлунково-кишкові захворювання (дизентерія, черевний тиф, "гострий живіт", харчові отруєння),

- укуси отруйних змій і комах,
- гірська хвороба,
- снігова сліпота,
- тепловий і сонячний удар,
- обмороження, загальне замерзання (переохолодження),
- асфіксія при потраплянні в лавину, воду або дим,
- внутрішні кровотечі,
- ураження блискавкою, електричним струмом,
- струс головного мозку,
- гнійничкові захворювання шкіри,
- опіки,
- удари, розтяг і розрив зв'язок,
- вивихи і переломи кісток.

Похідна аптечка.

Вирушаючи в похід, кожна група незалежно від дальності маршруту, повинна обов'язково мати з собою похідну аптечку, упаковану надійно, але з тим розрахунком, щоб у разі потреби її можна було швидко розпакувати. Герметичність упаковки, бажана в будь-яких походах, для водних маршрутів є обов'язковою.

Розрізняють два основних типи похідних аптечок (табл. 3.):

групову індивідуальну. Групові аптечки повинні включати повний набір медикаментів для надання допомоги у випадку можливих захворювань і травм, які найбільш часто трапляються на маршруті. До індивідуальної аптечки, крім необхідного мінімуму медичних препаратів і перев'язочних матеріалів, повинні входити індивідуальні ліки, необхідні при наявності у людини алергічних реакцій, а також хронічних хвороб, при яких дозволено брати участь в експедиціях, і т.ін.

Рекомендована література:

1. Коструб А.А. Медицинский справочник туриста. – М.,1990.
2. Мэйелл М. Энциклопедия первой помощи. – СПб., 1995.
3. Організація та методика оздоровчої фізичної культури і рекреаційного туризму: Навчальний посібник / Жданова О.М., Тучак А.М., Поляковський В.І., Котова І.В. – Луцьк: Редакційно-видавничий відділ “Вежа” Державного університету імені Лесі Українки, 2000. – С. 175-233.
4. Сам себе доктор. Семейная энциклопедия / Под ред. Г.А.Шершня. – М., 1994.
5. Щур Ю.В., Дмитрук О.Ю. Спортивно – оздоровчий туризм: Навчальний посібник.-К.: Альтерпрес, 2003. - 232 с.
6. Гузій О. В. Травми опорно-рухового апарату, їх види, ускладнення, перша долікарська допомога : лекція / Гузій О. В. – Львів, 2019. – 16 с.
7. Заневський І. П. Стан фізичної придатності студентів спеціальності «Туризм» / Заневський І. П., Лабарткава К. В. // Сучасні тенденції розвитку індустрії гостинності : зб. тез міжнар. наук.-практ. конф., (26–27 листопада 2020 р.) – Львів : ЛДУФК імені Івана Боберського, 2020. – С. 376–379.

8. Кухтій А. О. Охорона здоров'я в туристському поході : лекція для студентів спеціальності 242 "Туризм" / Кухтій А. О. - Львів, 2018. - 10 с.
9. Лабарткава К. В. Динаміка функціонального стану туристів під час спортивно-оздоровчого походу I категорії складності / К. В. Лабарткава, А. О. Кухтій, Л. О. Тимошенко // Актуальні проблеми організації фізичного виховання студентської молоді Львівщини : зб. наук. пр. – Львів, 2009. – С. 33 – 36.
10. Левчук А. Упровадження концепції здорового харчування для учасників спортивних змагань / А. Левчук, М. Паска // Сучасні тенденції розвитку індустрії гостинності : зб. тез міжнар. наук.-практ. конф. – Львів : ЛДУФК імені Івана Боберського, 2020. – С. 76–79.
11. Перша допомога при гострих патологічних та екстремальних станах. Реаніматологія : лекція для студентів спеціальності 242 «Туризм» / розроб. Гузій О. В. - Львів, 2019. - 13 с.
12. Перша допомога при опіках, обмороженні, утопленні : лекція для студентів спеціальності 242 «Туризм» / розроб. Гузій О. В. - Львів, 2019. - 12 с.
13. Тимошенко Л. О. Спортивний туризм : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. фіз. виховання і спорту / Тимошенко Л. О., Лабарткава К. В. – Л. : ЛДУФК, 2012. – Ч. 1. – 148 с.
14. Худоба В. В. Безпека туристичних подорожей : лекція / Худоба В. В. - Львів, 2018. - 12 с.