

— 4,8 mm (from 3 mm to 7 mm), angle between medial wall of the orbit and optic canal axis — 40°, angle between lateral wall of the orbit and optic canal axis — 5°, angle between right and left optic canals — 80°. The optic canal axis is located upon the longitudinal axis of the petrosal part of the temporal bone. Angle between projections of their contralateral axes on the Frankfurt horizontal plane (FHP) is 5°, angle between ipsilateral axes projections on FHP — 95°.

Thus, geometry of right and left orbit is slightly asymmetric.

In the future we will study optic canal angle relating to superior and inferior walls of the orbit, sex peculiarities of its geometry by dolichocrany, mesocrany and brachycrany with various anthropological forms of the orbit inlet (cameconchia, mesoconchia, hypsiconchia).

References

1. Bertis A. Maße und Varianten im Bereich des Canalis opticus / A. Bertis, R. Putz, M. Schumacher // Radiologie — 1992. — Vol. 32. — P. 436 — 440
2. Chou P. I. Vasculature and morphometry of the optic canal and intracanalicular optic nerve / P. I. Chou, A. A. Sadun, H. Lee // Journal of Neuroophthalmology. — 1995. — Vol. 15. — P. 186 — 190.
3. Guseva Y.A. Structure of the optic canal in human ontogenesis / Y. A. Guseva, S. D. Denisov // Annals of Anatomy. — 2006. — Vol. 188. — P. 103 — 116.
4. Hart C. K. Anatomy of the optic canal: a computed tomography study of endoscopic nerve, decompression / C. K. Hart, P. V. Theodosopoulos, L. A. Zimmer // Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology. — 2009. — Vol. 118. — N. 11. — P. 839 — 844.
5. Kier E. L. Embryology of the normal optic canal and its anomalies. An anatomic and roentgenographic study / E.L. Kier // Investigative Radiology. — 1966. — Vol. 1. — P. 346 — 362.
6. Thale A. Morphological studies of the optic canal / A. Thale, K. Jungmann, F. Paulsen // Orbit. — 2002. — Vol. 21(2). — P. 131 — 137.

АЛГОРИТМ ДІЙ ІЗ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ТА ДОЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ У ЕКСТРЕНИХ ТА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ

Цина А.Ю.

Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка

Сьогодні актуальними є питання: як правильно діяти в екстремальній ситуації, як правильно себе у ній поводити, кого викликати на допомогу та яким повинен бути час з моменту виклику до прибуття екстреної медичної допомоги. Згідно Закону України «Про екстрену медичну допомогу» час прибуття екстреної медичної допомоги в міських умовах складає до 10 хвилин, а в населених пунктах заміської території цей час складає до 20 хвилин [1]. Час прибуття невідкладної медичної допомоги повинен бути в межах 40-50 хвилин. При неприбутті екстреної медичної допомоги внаслідок метеорологічних умов, епідеміологічних обставин, стану доріг зазначений вище час може бути збільшений, але не більше як на 10 хвилин.

Якщо екстрена медична допомога запізнилася і це мало важкі нас-

лідки для потерпілого, то це тягне за собою кримінальну відповідальність. Всі машини екстреної медичної допомоги оснащені пристроями фіксації часу прийняття виклику та часу прибуття на місце для надання допомоги. На бригади лікарів, які прийняли виклик, але не прибули своєчасно накладаються дисциплінарні та матеріальні стягнення.

Можливість прибуття екстреної медичної допомоги в зазначені терміни стала сьогодні реальною внаслідок прийняття виклику тією бригадою, яка знаходиться найближче до потерпілого. І якщо машина медичної допомоги не транспортує після виклику потерпілого до медичного закладу, то вона не повертається на свою підстанцію, а залишається десь на території району останнього виклику до прийняття наступного виклику. У світовій практиці час прибуття екстреної медичної допомоги не перевищує 6 хвилин.

У наступних випадках екстрена медична допомога не повинна приїжджати:

1. При необхідності перевезення потерпілого з однієї лікарні до іншої. Однак, за необхідності підтримання його стану за допомогою систем життєзабезпечення, за рішенням лікувального закладу, де знаходиться потерпілий, може бути використаний транспорт екстреної медичної допомоги.
2. При необхідності проведення планових лікарських заходів (наприклад, ін'єкції, перев'язки, крапельниці). Для цього слід викликати медичну сестру, сімейного лікаря з поліклініки за місцем проживання.
3. До хворих, які мають хронічні хвороби і знаходяться під контролем сімейних лікарів. При загостреннях хронічних хвороб викликається сімейний лікар або той фахівець, на обліку в якого стоїть хвора людина (наприклад, невропатолог, гастроентеролог та ін.).
4. Для надання стоматологічних послуг, за винятком невідкладної стоматології, коли існує реальна загроза життю людини.
5. Для видалення кліщів, видачі лікарняних листів, виписування рецептів, для оформлення медичних довідок, судово-медичних висновків і т. ін.

При виникненні екстреної ситуації у частини людей виникає стан розгубленості. Людині, яка приймає рішення надати допомогу потерпілому необхідно оглянути довкілля для того щоб переконатися, чи не буде щось загрожувати їй самій у ситуації, що склалася. Якщо є найменша підозра, що той хто допомагатиме може стати наступним потерпілим, то наближатися до зони потенційної небезпеки, де знаходиться людина, яка вже потерпіла не слід.

Йти чи не йти в зону небезпеки для надання допомоги потерпілим є моральним правом вибору самої людини, яка при цьому зобов'язана викликати службу екстреної допомоги. Перш ніж підійти до потерпілого необхідно чітко усвідомлювати, що надавати йому допомогу необхідно у тому місці і лише в тому положенні, в якому він знаходиться. Змінювати положення потерпілого небезпечно внаслідок неможливості лише за зовнішніми ознаками травмування дізнатися, які ушкодження є в середині організму потерпілої людини. Тому, не можна після виявлення одразу ж пересувати потерпілого з того положення, в якому він знаходиться, аби не нашкодити йому більше.

Також рятувальникам необхідно звертати увагу на людей, які зна-

ходяться поруч і можуть бути небезпечними внаслідок того, що вони були свідками небезпечних подій. Це ті особи, які фізично не потерпіли, але в них проявляється психічна реакція на те, що сталося у вигляді неадекватних гучних викриків, нападу на оточуючих і рятувальників, прагнення кудись бігти. Таку неадекватну поведінку необхідно призупинити, оскільки людина в такому стані може і сама постраждати, і може зашкодити як вже потерпілим особам, так і рятувальникам і тим, хто знаходиться поруч.

Далі необхідно перевірити адекватність потерпілого, спитавши у нього ім'я. Якщо це знайома вам людина, то її подив на таке запитання і буде ознакою її адекватності. Можна також задати однакове за змістом запитання, але у вигляді різних формулювань. За однозначністю відповідей, які дає на ці запитання потерпілий можливо також судити про його адекватність.

На неоднозначну усвідомленість потерпілим того, що з ним відбувається та про безпеку його реакцій як для нього самого, так і для тих хто знаходиться поруч, необхідно обов'язково вказати оператору під час виклику служби екстреної чи невідкладної медичної допомоги. У такому випадку служба медичної допомоги зробить корекцію своїх дій, відповідно до стану потерпілого.

Такі передбачувані дії розкривають механізм того як слід поводитися оточуючим і працівникам служби екстреної медичної допомоги в ситуаціях, визначених діючим Законом України «Про екстрену медичну допомогу».

Якщо потерпілий знаходиться у непритомному стані, то проводяться дії за алгоритмом АВС: перевірка відкритості верхніх дихальних шляхів, далі — виявлення ознак дихання людини і останнє — це виявлення серцебиття.

Якщо зазначені ознаки відсутні, то слід здійснити перевірку на ознаки у потерпілого стану клінічної смерті: якщо зіниця ока після підняття віка не реагує на світло. Можна говорити про три ознаки клінічної смерті: відсутність дихання і серцебиття та реакції зіниці ока на світло.

І тоді єдине, що необхідно здійснити, це розпочати реанімування потерпілого. Це може бути серцево-легенева реанімація або здійснення дефібриляції серцевих м'язів. Сучасні дефібрилятори є автоматизованими засобами і з ними може працювати будь-яка людина, яка пройшла мінімальні курси навчання з надання долікарської допомоги. При зупинці серця дефібриляція є найефективнішим методом. Навіть серцево-м'язова реанімація є не такою ефективною при проблемах потерпілого із серцем. В разі природної смерті людини слід викликати невідкладну медичну допомогу, яка вже сама викличе поліцію.

За результатами дослідження проблеми алгоритм дій із надання медичної та долікарської допомоги потерпілим у екстрених та невідкладних станах можна зробити висновок про те, що обов'язком кожного, хто виявить людину у невідкладному стані є вжиття заходів щодо забезпечення потерпілого екстреною медичною допомогою. Долікарську допомогу потерпілим зобов'язані надавати особи, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти навичками з рятування і збереження життя людини. Решта громадян мають лише право (не зобов'язані) надавати долікарську допомогу потерпілим.

Література

1. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» / Електронний ресурс. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>.

SOME ASPECTS OF THE ORBIT SIZES IN ADULTS.

*O. P. Grebenchuk, V. K. Kandibey, N. G. Lebedinets, A. V. Fedotchenko.
Department of Human Anatomy, Operative Surgery and Topographic Anatomy.
Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine.*

The orbit is compared with irregular tetrahedral pyramid. In the literature there are data concerning anthropological forms of the orbit, vertical and transversal sizes of the orbit inlet foramen [1,2,3,4]. Nevertheless, we have insufficient information about longitudinal sizes of orbital walls, depth of the orbit and dimensional position of inlet orbital foramen edges. Moreover, there are contradictions upon some data about orbit sizes measurements [5]. Comparative anatomical study using in medical craniology allows to detail an individual variety of orbit morphology with regard to structural typology of the skull and interpret the results of different medical tests more accurately.

50 orbits of 25 adult skulls have been studied using caliper, protractor, ruler. The following data were obtained: average transversal size of skull — 140 mm, average longitudinal size of skull — 175 mm, cranial index — 80,3 (brachyrania); average height of orbital inlet — 33,5 mm, width of orbital inlet — 40,4 mm; index of «ideal orbit» — 82, 9° (mesoconchia); average length of superior orbital wall (from the middle of supraorbital rim to the apex orbitae) — 48,1 mm; average length of inferior orbital wall — 47,4 mm, average length of medial orbital wall — 44,3 mm, average length of lateral orbital wall — 47,1 mm. Medial walls were parallel. Angle between lateral walls — 90°; angle between inlet orbital planes — 138°; angle between frontal plane and inlet orbital plane — 21°; angle between horizontal plane and supraorbital rim — 8°; angle between horizontal plane and infraorbital rim — 9°. Geometry of right and left orbit is slightly asymmetric. Frontal contour of the orbit within eyeball location seems ellipse. For this reason, «the ideal orbit» may be compared with irregular cone rather than with pyramid. Conical shape provides more compact arrangement for the eyeball, extrinsic muscles of the eyeball and lacrimal gland.

References

1. Гинзбург В.В. Элементы антропологии для медиков / В. В. Гинзбург. — Ленинград : Медгиз, 1963. — 215 с.
2. Григорьянц А. В. Диссиметрия лицевого отдела черепа человека / А. В. Григорьянц, П. Н. Можаяев, Т. А. Фоминых // Актуальні питання біології та медицини : Збірник наукових праць за матеріалами X Міжрегіональної наукової конференції, 17 — 18 травня 2012 р., м. Луганськ : Видавництво ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», Луганськ, 2012. — С. 37.
3. Худякова О. В. Анатомическая изменчивость формы глазницы человека / О.В. Худякова // Актуальні питання біології та медицини : Збірник наукових праць за матеріалами X Міжрегіональної наукової конференції, 17 — 18 травня 2012 р., м. Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», Луганськ, 2012. — С. 92.