

БАШКОРТОСТАН РЕСПУБЛИКАНЫ

**ҺАУЛЫК ҺАКЛАУ
МИНИСТРЛЫҒЫ**

450002, Өфө калаһы, Тұкай урамы, 23
т. (347) 218-00-81, факс 218-00-62
E-mail: minzdrav@bashkortostan.ru



РЕСПУБЛИКА БАШКОРТОСТАН

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

450002, Уфа, ул. Тукаева, 23
т. (347) 218-00-81, факс 218-00-62
E-mail: minzdrav@bashkortostan.ru

«10» 11 2016 г.
На № _____ от _____

№ 04-06/578

Руководителям
медицинских организаций
Республики Башкортостан
(по реестру)

Министерство здравоохранения Республики Башкортостан направляет Методические рекомендации по проведению демонстрационных мастер-классов населению по оказанию первой помощи пострадавшим при ДТП для использования в проведении республиканской акции под девизом «А ты сможешь помочь?», приуроченной ко Всемирному дню памяти жертв дорожно-транспортных происшествий.

Приложение: на 17л. в 1экз.

Заместитель министра

Р.Г. Хамитов

Методические рекомендации по проведению демонстрационных мастер-классов населению по оказанию первой помощи пострадавшим при ДТП

Первая помощь, оказываемая пострадавшим при ДТП «лицами первого контакта» - это комплекс простейших мероприятий по спасению жизни пострадавших при ДТП и предотвращению различных осложнений.

Оптимальный срок оказания первой медицинской помощи - до 30 минут после получения травмы. При остановке дыхания это время сокращается до 5-10 минут. Важность фактора времени подчеркивается хотя бы тем, что среди лиц, получивших первую медицинскую помощь в течение 30 минут после травмы, осложнения возникают в 2 раза реже, чем у лиц, которым этот вид помощи был оказан позже указанного срока. Отсутствие же помощи в течение 1 часа после травмы увеличивает количество летальных исходов среди тяжело пораженных на 30%, до 3 часов - на 60%, до 6 часов - на 90%, т.е. число погибших возрастет почти вдвое.

Вместе с тем причинами смерти пострадавших при ДТП являются: 10% — задержка оказания медицинской помощи; 20% — получение травм, несовместимых с жизнью; 70% — бездействие очевидцев ДТП.

«Лица первого контакта» - все те, кто, оказался на месте ДТП (водители автотранспортных средств, пассажиры, полиция и т.д.) последовательно могут оказать первую помощь в 3 организационных этапа:

- Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
- Провести неотложные мероприятия на месте происшествия (извлечение пострадавшего из авто, остановка наружного кровотечения, проведение сердечно-легочной реанимации).
- Передать пострадавшего бригаде СМП.

В случае свершившегося ДТП необходимо попросить одного из очевидцев ДТП позвонить по телефону в службу скорой помощи и сообщить сведения о ДТП, числе пострадавших, о месте и характере дорожного происшествия и вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

Алгоритм действий при оказании первой помощи пострадавшим при ДТП.

- позвонить в службу скорой помощи по телефону «112» или «03» и передать информацию о ДТП (место происшествия, характер ДТП, число пострадавших и др.).
- убедиться в собственной безопасности. При необходимости принять меры по предотвращению увеличения числа пострадавших.
- принять меры по прекращению воздействия повреждающих факторов на пострадавшего.
- провести осмотр пострадавших и определить тяжесть и характер поражения.

- при необходимости провести неотложные мероприятия по поддержанию жизненно важных функций организма.

Чтобы не терять драгоценного времени и оказать помощь пострадавшим, необходимо извлечь их из автомобиля и оценить состояние здоровья.

Извлечение пострадавшего из автомобиля должно быть бережным, максимально щадящим, тягу осуществлять за подмышечные области, не сжимая грудную клетку. Не допускать рывков, усилий по сгибанию (разгибанию) головы, туловища, конечностей пострадавшего (рисунок 1, 2).

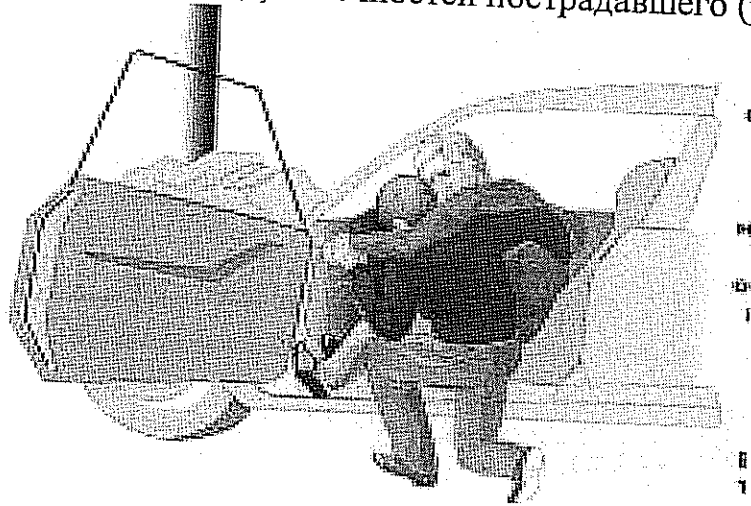


Рис.1 – Положение оказывающего помощь при извлечении пострадавшего из автомобиля

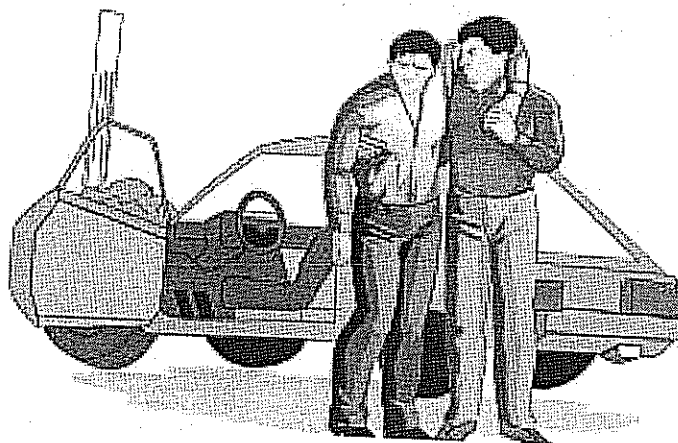


Рис.2 – Заключительный момент извлечения пострадавшего из автомобиля одним человеком

Если человек потерял сознание и находится в неестественном положении, выносить его из автомобиля нужно вдвоём или втроём, стараясь не изменять этого положения (рисунок 3).

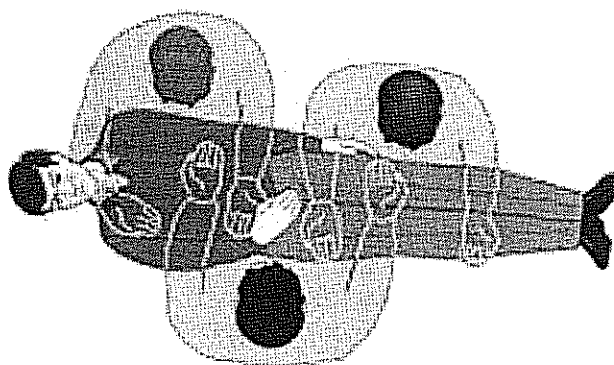


Рис.3 – Способ переноски пострадавшего находящегося в бессознательном состоянии, с подозрением на перелом позвоночника

С особым вниманием следует отнестись к пострадавшим при подозрении на перелом позвоночника, не перемещать их без крайней необходимости, ибо это может вызвать паралич. Такого человека нужно положить на спину или живот с таким расчётом, чтобы место повреждения не ущемлялось.

Извлеченного из автомобиля пострадавшего, необходимо уложить в безопасном месте. Ослабить стягивающие ремни, галстуки, пояса, ворот и внимательно осмотреть пострадавшего.

Основные причины, приводящие к смерти пострадавших при ДТП – это черепно-мозговые травмы, обильное кровотечение, шок, нарушения сердечной деятельности, остановка дыхания.

Последовательность оказания первой помощи до прибытия бригады СМП:

- восстановление дыхания и кровообращения;
- выявление травматических повреждений, представляющих угрозу для жизни пострадавшего и оказание первой помощи: временная остановка кровотечения, наложение повязки, иммобилизация конечности при переломах костей (зафиксировать палками, досками, фанерой).

ОСНОВЫ СЕРДЕЧНО - ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ.

При автоавариях может возникнуть необходимость в срочных мероприятиях первой медицинской помощи, направленных на сохранение жизни и здоровья. Время от момента получения травмы до момента получения помощи должно быть предельно сокращено. Оказывающий помощь должен действовать решительно, обдуманно и целесообразно.

Важно уметь быстро и правильно оценить состояние пострадавшего. При осмотре пострадавшего сначала устанавливают, жив он или мертв, затем определяют тяжесть поражения, было и продолжается ли кровотечение. Во многих случаях пострадавший теряет сознание. Лицо, оказывающее первую

помощь пострадавшему при ДТП, должно уметь отличить потерю сознания от смерти.

Признаки жизни:

- Наличие сердцебиения и пульса на крупных артериях (сонной, бедренной, лучевой);
- Наличие самостоятельного дыхания, устанавливается по движению грудной клетки, по увлажнению зеркала, приложенного ко рту и носу пострадавшего;
- Реакция зрачка на свет. Если открытый глаз пострадавшего заслонить рукой, а затем быстро отвести руку в сторону, то наблюдается сужение зрачка.

Следует помнить, что отсутствие сердцебиения, пульса, дыхания и реакции зрачков на свет еще не означает, что пострадавший мертв.

Признаки смерти:

- расширенные зрачки;
- помутнение и высыхание роговицы глаза;
- при сдавливании глаза с боков пальцами зрачок суживается и напоминает «кошачий глаз»;
- похолодание тела, появление трупных пятен и трупного окоченения.

При обнаружении минимальных признаков жизни необходимо немедленно приступить к оказанию первой помощи – реанимации (оживлению).

Оживление или реанимация представляют собой восстановление жизненно важных функций организма, прежде всего дыхания и кровообращения. Реанимацию проводят тогда, когда отсутствуют дыхание и сердечная деятельность, или они угнетены настолько, что они не обеспечивают минимальных потребностей организма.

Возможность оживления основана на том, что смерть никогда не наступает сразу. Ей всегда предшествует переходная стадия - терминальное состояние. Изменения, происходящие в организме при умирании, не сразу приобретают необратимый характер и при своевременном оказании помощи могут быть полностью устранены.

В терминальном состоянии различают агонию и клиническую смерть.

Агония характеризуется затемненным сознанием, резким нарушением сердечной деятельности и падением артериального давления, расстройством дыхания, отсутствием пульса. Кожа пострадавшего холодная, бледная или с синюшным оттенком. После агонии наступает **клиническая смерть**.

Признаки клинической смерти

Отсутствие основных признаков жизни – дыхания и сердцебиения. Клиническая смерть длится 3-5 минут. Это время необходимо использовать для реанимации.

Для этого держат запрокинутую голову пострадавшего и, сделав глубокий вдох, вдувают выдыхаемый воздух в рот пострадавшего. Нос пострадавшего зажимают пальцами для предотвращения входа воздуха во внешнюю среду.

При дыхании «рот в рот» после вдувания воздуха необходимо отстраниться для осуществления пострадавшим пассивного выдоха. Частота дыхания – 12-18 в 1 минуту. Эффективность искусственного дыхания можно оценить по поднятию грудной клетки пострадавшего при заполнении его легких воздухом.

При проведении искусственного дыхания методом «рот в нос» воздух вдувают в нос пострадавшего, закрывая при этом его рот.

Если остановка дыхания сопровождается и остановкой сердечной деятельности, производят непрямой массаж сердца (рисунок 6).

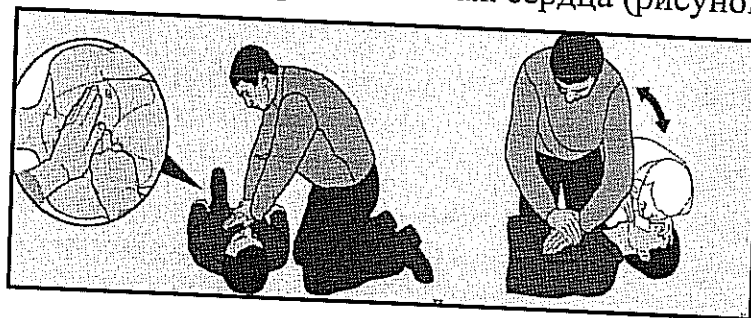


Рис. 6 – Проведение непрямого массажа сердца

Пострадавшего укладывают на жесткую поверхность. Спасатель помещает обе свои ладони на нижнюю треть грудины и энергичными толчками надавливает на грудную стенку, используя при этом и массу собственного тела. Грудная стенка, смещаясь к позвоночнику на 4-5-6 см, сжимает сердце и выталкивает кровь из его камер по естественному руслу. Массаж сердца осуществляют частотой 60 надавливаний в 1 минуту. У детей до 10 лет массаж сердца выполняют одной рукой с частотой 80 надавливаний в 1 минуту.

Эффективность массажа сердца определяется появлением пульса на сонных артериях в такт с нажатием на грудную клетку. Через 15 надавливаний спасатель вдувает дважды в рот пострадавшему воздух и вновь приступает к массажу сердца.

Периодически проверяется, не появился ли самостоятельный пульс на сонных артериях. Об эффективности реанимационных мероприятий судят по сужению зрачка, появлению его реакции на свет.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ.

Виды кровотечений, при которых оказывается первая помощь «лицами первого контакта»: артериальное, венозное и капиллярное кровотечения.

При *артериальном кровотечении* из поврежденной артерии кровь вытекает пульсирующей струей и имеет алый цвет. Такое кровотечение наиболее опасно, так как находящаяся под давлением кровь вытекает из артерии довольно быстро.

При *венозном* кровотечении вытекающая из раны кровь темно-красного цвета. Она вытекает из поврежденного сосуда непрерывной струей.

При *капиллярном* кровотечении кровь сочится из раны, как из губки, каплями. Такое кровотечение легко остановить, наложив на рану повязку.

Остановка кровотечения

Лица «первого контакта» применяют способы *временной* остановки кровотечения. К ним относятся: *наложение давящей повязки, прижатие артерии к кости на протяжении и наложение жгута.*

Кровотечение из мелких вен и капилляров можно остановить, наложив на кровоточащую рану давящую стерильную повязку. Для лучшего сдавливания сосудов ватно-марлевую подушечку индивидуального перевязочного пакета или стерильной повязки накладывают на кровоточащую рану комком (тампоном). Для остановки кровотечения на туловище этот способ является единственным, так как другие методы в таких случаях непригодны.

При любом кровотечении, особенно при ранении конечности, кровоточащей области надо придать приподнятое положение. Оно способствует понижению давления крови в артериях и венах, уменьшению в них кровотока и образованию тромба. Остановке кровотечения способствует также покой поврежденной части тела.

При артериальном или венозном кровотечении необходимо немедленно пережать пальцами или кулаком артерию поврежденной конечности выше места кровотечения в точке, указанной на рисунке 7, а затем наложить жгут.

Если в случае венозного кровотечения наложить жгут по правилам наложения артериального жгута, то это никогда не навредит пострадавшему.

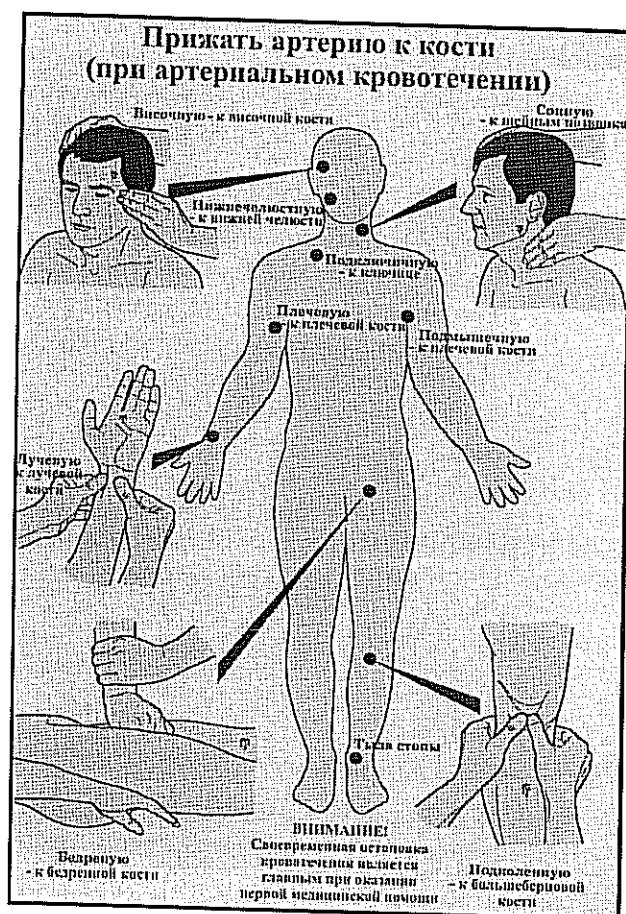


Рис. 7 – Точки прижатия кровеносных сосудов к костям

Прижатие артерии на протяжении, т.е. не в области раны, а выше (ближе к сердцу по кровотоку), - самый простой и доступный в любой обстановке способ временной остановки большого (артериального) кровотечения. Для применения этого способа нужно знать точки, где та или иная артерия лежит не очень глубоко и ее можно прижать к кости. В этих точках можно всегда прощупать пальцами пульсирующие артерии.

При кровотечении на лице и волосистой части головы можно прижать подчелюстную и височную артерии. При кровотечении на шее сонную артерию прижимают к позвоночнику у внутреннего края грудино-ключично-сосковой мышцы. Кровотечение у корня верхней конечности останавливают, прижимая подключичную артерию в надключичной области. При кровотечении в области плеча плечевую артерию прижимают к кости плеча по внутреннему краю двуглавой мышцы.

Для остановки кровотечения в области предплечья и кисти вкладывают в локтевой сгиб валик и максимально сгибают руку в локтевом суставе.

При артериальном кровотечении на нижних конечностях бедренную артерию прижимают в паховом сгибе или у внутреннего края четырехглавой мышцы. Артерии голени можно прижать к подколенной ямке, подложив под нее мягкий валик и до предела согнув ногу в коленном суставе (рисунок 8).

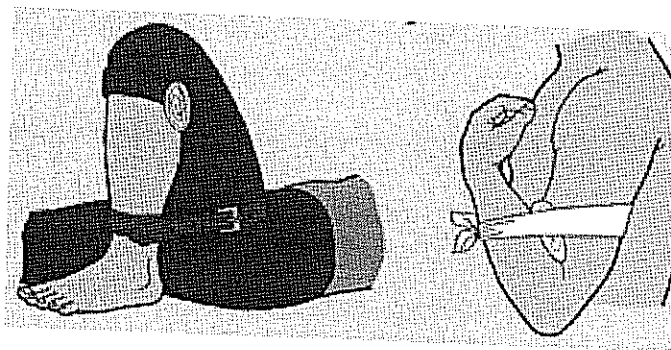


Рис.8 – Максимальное сгибание конечности с фиксацией

Артериальный сосуд при остановке кровотечения надо сдавливать сильно мякотью нескольких (2-4) пальцев. Поскольку такая остановка кровотечения может быть лишь кратковременной, необходимо принять все меры к тому, чтобы кто-либо другой наложил жгут.

Наложение жгута или закрутки – основной способ временной остановки кровотечения при повреждении крупных артериальных сосудов конечностей. Жгут или закрутку накладывают на бедро, плечо, голень и предплечье.

Резиновый ленточный жгут состоит из толстой резиновой ленты длиной 1-1,5 м, к одному концу которой прикреплен крючок, а к другому – металлическая цепочка. Резиновый жгут растягивают и в растянутом виде обертывают два-три раза вокруг конечности так, чтобы витки ложились рядом. Концы жгута закрепляют с помощью цепочки и крючка (рисунок 9).

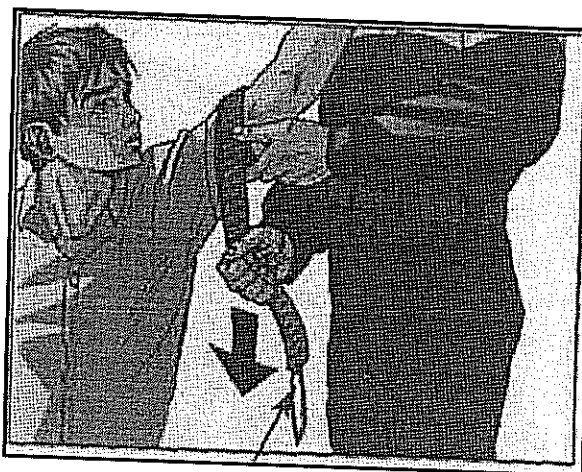


Рис.9 – Наложение резинового ленточного жгута

При отсутствии резинового ленточного жгута в качестве жгута можно использовать **подручные материалы**, например поясной ремень, толстую веревку, бинт, разрезанное по длине полотенце и т.д. Подручными средствами перетягивают конечность, как резиновым жгутом, или делают закрутку, конец которой прибинтовывается к конечности (рисунок 10).

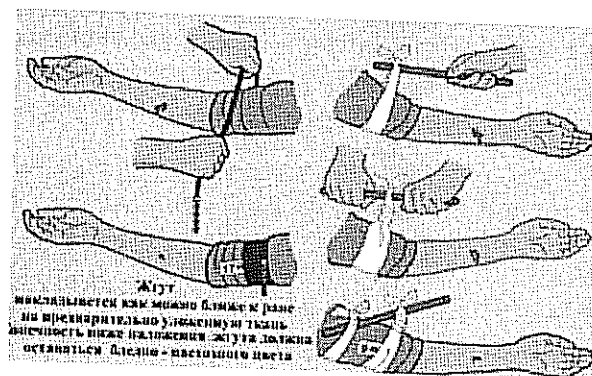


Рис.10 – Наложение жгута (закрутки)

Правила наложения жгута

Жгут накладывают выше раны и поближе к ней. Жгут накладывают на одежду или место наложения жгута предварительно обертывают несколькими слоями бинта, косынкой или другим материалом.

При неумелом наложении жгута конечность может быть сдавлена или слишком туго, или слишком слабо. Если жгут наложен слабо, артерия оказывается пережатой не полностью и кровь продолжает течь; так как при этом вены пережаты жгутом, то конечность наливается кровью, кожа ее приобретает синюшную окраску и кровотечение может даже усилиться.

При слишком сильном сдавливании конечности жгутом повреждаются нервы, в результате чего может наступить паралич конечности.

Жгут нужно затягивать только с такой силой, чтобы остановить кровотечение, но не более. При правильном наложении жгута кровотечение сразу же прекращается, а кожа конечности бледнеет. Практически степень сдавливания конечности жгутом можно определить по пульсу на какой-либо артерии ниже места наложения жгута. Исчезновение пульса указывает на сдавливание жгутом артерии. Конечность, перетянутую жгутом, следует тепло укутать.

Наложённый жгут следует держать, **возможно, меньше времени** и, во всяком случае, не более 1 часа, так как при длительном сдавливании может наступить омертвение конечности ниже жгута. Поэтому на повязке или на коже конечности обязательно делают запись о времени наложения жгута.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ

Виды переломов

Переломы бывают *закрытые*, при которых целостность кожи не нарушена, раны нет, и *открытые*, когда перелом сопровождается ранением мягких тканей (рисунок 11).

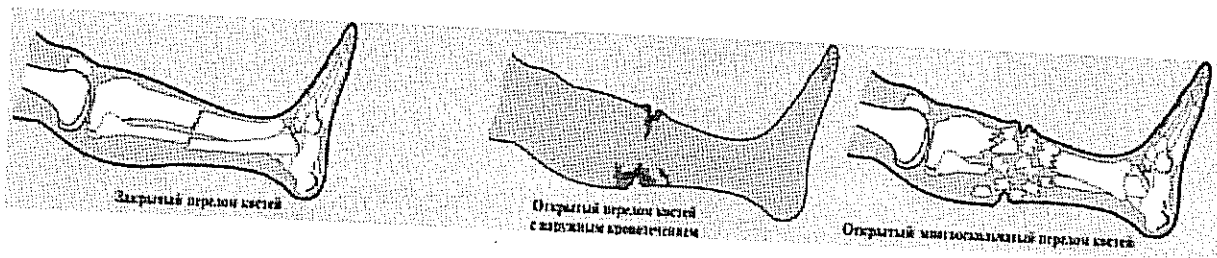


Рис.11 – Виды переломов костей

Признаки переломов костей

- При ощупывании места перелома больной ощущает резкую боль; можно определить неровность кости, острые края отломков и хруст при легком надавливании;
- Массивный кровоподтёк или кровотечение из раны;
- Бледность или синюшность кожи;
- Деформация пострадавшей части тела, нарушение оси конечности;
- Наличие в ране выступающих отломков кости.

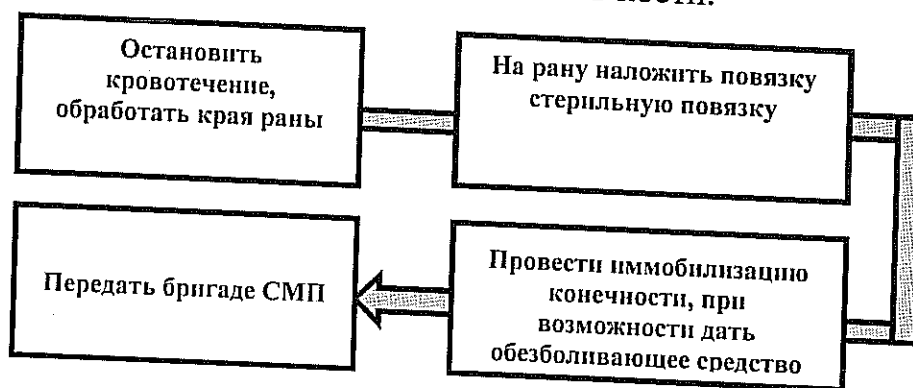


Рис.12 – Общая схема оказания первой медицинской помощи лицами «первого контакта» при открытых переломах костей

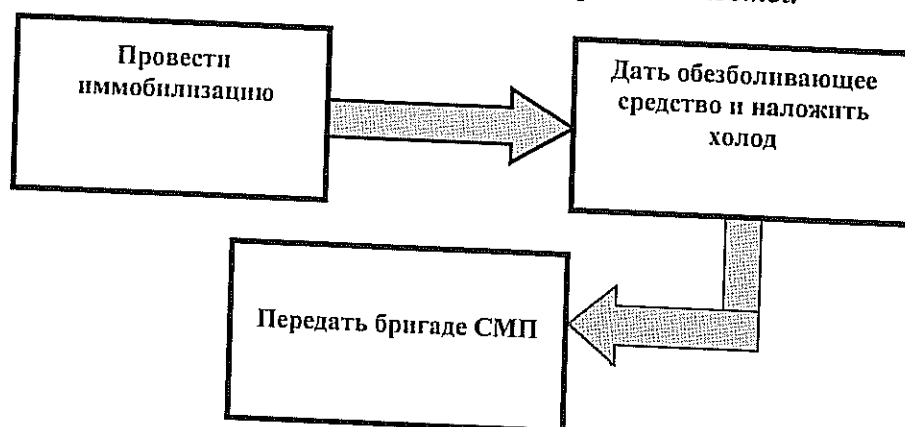


Рис.13 – Общая схема оказания первой медицинской помощи лицами «первого контакта» при закрытых переломах костей

Общие правила оказания первой помощи при переломах костей

- Не снимать одежду и обувь. Для того, чтобы осмотреть место перелома и наложить повязку на рану (при открытом переломе), одежду и обувь разрезают;
- Остановить кровотечение и наложить на рану асептическую повязку;

- Придать поврежденной части тела удобное положение и обязательно провести иммобилизацию.

Для создания неподвижности (иммобилизации) сломанной конечности до прибытия бригады СМП можно использовать шины из подручных материалов: досок, палок, кусков картона, фанеры и т.д.

Для укрепления шины, наложенной на поврежденную конечность, кроме бинтов можно использовать носовой платок, шарф, поясной ремень и т.п.

Общие правила наложения шины

Иммобилизацию выполняют поверх обуви и одежды, так как раздевание пострадавшего является дополнительным травмирующим фактором.

Для создания неподвижности отломков костей шину нужно наложить так, чтобы стали невозможными движения в двух соседних суставах (выше и ниже места перелома). Если длина имеющейся шины недостаточна, то плотно связывают между собой несколько коротких шин.

Острые края и углы шин должны быть сглажены. Металлическую шину перед наложением изгибают по форме конечности.

Под шину подкладывают мягкую подстилку, особенно в местах костных выступов, чтобы не вызвать болей при транспортировке.

При переломе костей нижней конечности шину рекомендуется накладывать с двух сторон.

При открытых переломах нельзя прикладывать шину к тому месту, где наружу выступает сломанный конец кости (вправлять такие отломки может только врач).

Повязки вокруг шин следует накладывать равномерно, плотно, но не очень туго, чтобы при транспортировке от сдавливания не нарушилось кровообращение. Нельзя прибинтовывать шину повязкой на уровне перелома.

Переломы позвоночника можно определить по наличию сильной боли в спине, пареза и паралича конечностей. Нередко при этом бывает произвольное выделение мочи и кала вследствие повреждения спинного мозга. Если спинной мозг не поврежден, то главным признаком перелома позвоночника нужно считать резкую боль в спине и невозможность движения туловищем.

Пострадавшего необходимо уложить на твердую поверхность. Деревянные рейки, узкие доски и другие средства укладывают и прочно связывают между собой. Затем накрывают их подстилкой достаточной толщины, перекладывают пострадавшего и фиксируют его. При наличии широкой доски допустимо уложить и привязать пострадавшего к ней (рисунок 14).

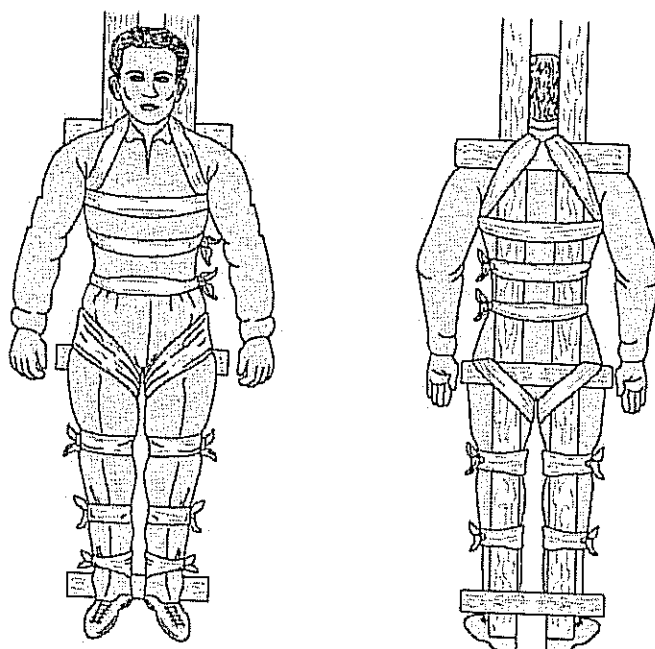


Рис. 14 – Иммобилизация подручными средствами при переломах позвоночника

При **переломах костей конечностей** в месте перелома обнаруживается сильная припухлость, кровоподтек, иногда конечность согнута вне сустава; при открытом переломе концы кости могут выступать из раны. Место перелома очень болезненно. При случайных движениях можно заметить ненормальную подвижность конечности в том месте, где нет сустава; иногда при этом слышен хруст от трения отломков кости. Пытаться сгибать конечность вне сустава для того, чтобы убедиться в наличии перелома, нельзя, т.к. это может привести к опасным последствиям. При некоторых переломах костей конечностей все перечисленные признаки обнаружить не удастся. Поэтому главными признаками, указывающими на возможность повреждения костей, следует считать резкую постоянную боль и невозможность какого-либо движения поврежденной частью конечности.

Повреждения плечевого пояса и верхних конечностей включают переломы лопатки, переломы и вывихи ключицы, повреждения плечевого сустава и плеча, локтевого сустава и предплечья, лучезапястного сустава, переломы костей и повреждения суставов кисти.

Иммобилизация при повреждениях плечевого пояса и верхних конечностей может осуществляться подвешиванием руки на косынке и другими подручными средствами (рисунки 15).



Рис. 15 – Иммобилизация при повреждении плечевого пояса и верхних конечностей косынкой

Иммобилизация косынкой осуществляется в положении небольшого переднего отведения плеча при согнутом под прямым углом локтевом суставе. Основание косынки обводится вокруг туловища примерно на 5 см выше локтя, и концы ее связываются на спине ближе к здоровой стороне. Вершина косынки заводится кверху на надплечье поврежденной стороны. В образовавшемся кармане удерживаются локтевой сустав, предплечье и кисть. Вершина косынки на спине связывается с более длинным концом основания. Поврежденная конечность оказывается полностью охваченной косынкой и фиксированной к туловищу.

Иммобилизация другими подручными средствами. Несколько дощечек, кусок толстого картона в виде желоба могут быть уложены с внутренней и наружной поверхности верхней конечности, что создает некоторую неподвижность при переломе. Затем руку помещают на косынку или поддерживают перевязью (рисунок 16).

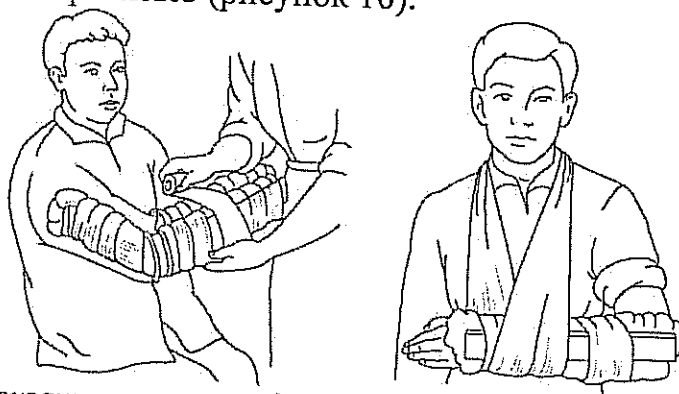


Рис. 16 – Иммобилизация при повреждении плечевого пояса и верхних конечностей подручными средствами

Повреждения таза и нижних конечностей включают повреждения бедра, тазобедренного и коленного суставов, голени, голеностопного сустава, стопы и пальцев стопы.

Иммобилизация при повреждениях тазового пояса и нижних конечностей может осуществляться с помощью деревянных реек, лыж, веток и других предметов достаточной длины, чтобы обеспечить обездвиживание в трех суставах поврежденной нижней конечности: тазобедренном, коленном и голеностопном. Стопу необходимо установить под прямым углом в голеностопном суставе и применить подкладки из мягкого материала, особенно в области костных выступов (рисунок 17).

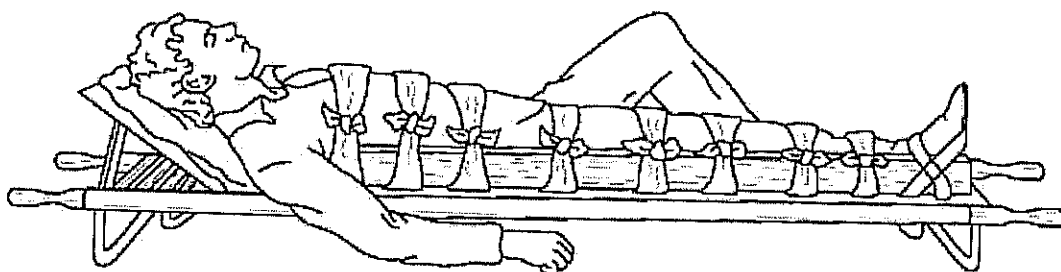


Рис.17 – Иммобилизация при повреждениях тазового пояса и нижних конечностей подручными средствами

В тех случаях, когда отсутствуют какие-либо средства для осуществления иммобилизации, следует применить метод фиксации «нога к ноге». Поврежденную конечность в 2-3 местах связывают со здоровой или укладывают поврежденную конечность на здоровую, также связывая в нескольких местах (рисунок 18).

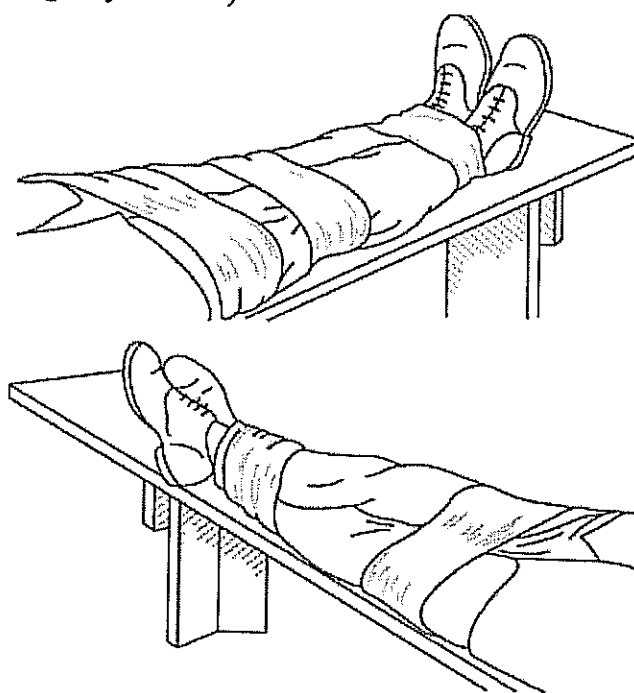


Рис.18 – Фиксация «нога к ноге» при повреждениях тазового пояса и нижних конечностей

При переломе костей таза пострадавший не может встать, повернуться на бок, поднять ноги.

Иммобилизация при повреждениях таза заключается в укладывании пострадавшего на твердую поверхность в положении на спине. Ноги полусогнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены. Под колени подкладывают валик из одежды, подушки, одеяла и т.д., создавая так называемое положение лягушки (рисунок 19).

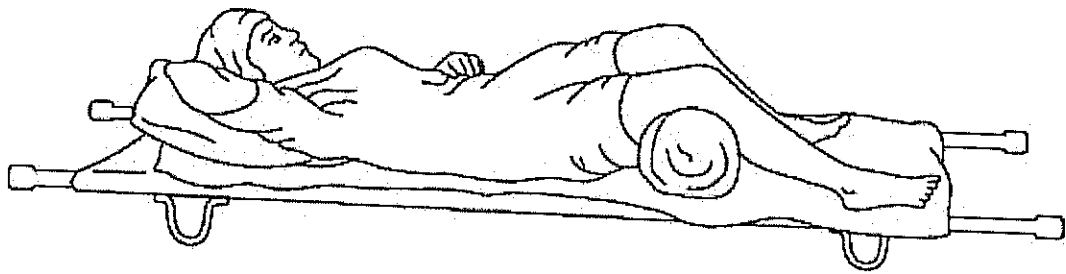


Рис.19 – Иммобилизация при повреждениях костей таза

ЛИТЕРАТУРА:

1. Федеральный закон "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера" от 21.12.94 г. № 68 - ФЗ.
2. Федеральный закон № 151-ФЗ от 22.08.95г. «Об аварийно-спасательных службах и статусе спасателя».
3. Закон Республики Башкортостан. «О республиканских профессиональных аварийно-спасательных службах и республиканских профессиональных аварийно-спасательных формированиях в Республике Башкортостан» от 21.06.2006 г. № 328-з.
4. Служба экстренной медицинской помощи в условиях крупного города. Монография. под редакцией В.М. Рябочкина, Р.А. Камчатова. М. «Медикас», 1991 г.
5. Дутов В.И., Бондаренко Л.Ю., Терехнев В.В. «Подготовка пожарных – спасателей» Медицинская подготовка (под редакцией доктора медицинских наук, профессора Дутова В.И.). Москва 2008 г.
6. Безопасность и защита населения в чрезвычайных ситуациях. Учебник для населения под редакцией Г.Н. Кириллова. М. «Изд. НЦ ЭНАС». 2001 г.
7. Галинская Л.А., Романовский В.Е. «Первая помощь в ожидании врача». Ростов н/д: изд-во «Феникс», 2000 г.
8. Первая медицинская помощь при несчастных случаях и в экстремальных ситуациях. Рецензент Ласкин С.А. Кострома. 2001 г.
9. И.Ф. Богоявленский : Первая медицинская, первая реанимационная помощь. Критические состояния на дополнительном этапе». 2-е изд. расшир. и допол. 1-2 том – СПб: «ОАО Медиус», 2000 г.
10. Бубнов В.Г., Бубнова Н.В. «Основы медицинских знаний. Спаси и сохрани». учебное пособие для учащихся 9-11 классов общеобразовательных учреждений и преподавателей-организаторов курса «ОБЖ» - М. Изд. АСТ – ЛТД, 1997 г.