

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені І. І. МЕЧНИКОВА

С. П. Гвоздїй, Л. М. Полїщук

**ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА У НАДЗВИЧАЙНИХ
СИТУАЦІЯХ: ПОРАНЕННЯ,
ПЕРЕЛОМИ, ВИВИХИ**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

до практичних занять та самостійної роботи з дисциплін
«Медико-санітарна підготовка», «Основи медичних знань», «Безпека
життєдіяльності та основи охорони праці», «Цивільний захист»
для студентів усіх спеціальностей
та форм навчання

ОДЕСА
ОНУ
2019

УДК 616-001(076)

Г 256

Рекомендовано до друку вченою радою
біологічного факультету
ОНУ імені І. І. Мечникова
Протокол №10 від 02 липня 2019 року

Рецензенти:

О. А. Макаренко – доктор біологічних наук, старший науковий співробітник, завідувач кафедри фізіології людини та тварин Одеського національного університету імені І. І. Мечникова;

В. В. Сердюк – доктор медичних наук, професор, професор кафедри травматології та ортопедії Одеського державного медичного університету, Заслужений винахідник України, Академік Української академії оригінальних ідей.

Гвоздій С. П.

Г 256 Домедична допомога у надзвичайних ситуаціях: поранення, переломи, вивихи: *методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи з дисциплін «Медико-санітарна підготовка», «Основи медичних знань», «Безпека життєдіяльності та основи охорони праці», «Цивільний захист» для студентів усіх спеціальностей та форм навчання / С. П. Гвоздій, Л. М. Поліщук. – Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2019. – 48 с.*

© С. П. Гвоздій, Л. М. Поліщук, 2019

© Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2019

ВСТУП

Національна доктрина розвитку освіти України в XXI столітті, яка була прийнята на з'їзді освітян у 2001 році, визначила формування здоров'я нації через освіту як один із пріоритетів державної політики в освітній галузі. У процесі своєї діяльності людина постійно піддається небезпеці, як з боку навколишнього світу, від інших людей, так і від самої себе.

Мета практичних занять із дисциплін «Медико-санітарна підготовка» (52 години аудиторних, 68 годин самостійної роботи для студентів другого освітнього рівня із спеціальності 014 «Середня освіта (Біологія та здоров'я людини)»), «Основи медичних знань» (40 годин аудиторних та 50 годин на самостійне опрацювання для здобувачів першого освітнього рівня спеціальності 091 «Біологія»), «Безпека життєдіяльності та основи охорони праці» (для студентів усіх спеціальностей Одеського національного університету імені І. І. Мечникова (ОНУ) – 44 аудиторних години та 46 годин самостійної роботи), «Цивільний захист» (14 годин аудиторних та 31 година самостійної роботи для студентів усіх спеціальностей ОНУ) – допомогти студентам у підготовці та виконанні практичних навичок само- та взаємодопомоги у надзвичайних ситуаціях різного характеру, під час професійної діяльності та у побуті, сформувати навички самостійно приймати рішення у конкретних ситуаціях та закріпити матеріал, отриманий протягом лекційного курсу.

Надання першої допомоги при травмах є одними з найбільш великих розділів домедичної допомоги та включає перелік необхідних умінь, які повинен мати не тільки медичний працівник, а й просто пересічний громадянин. До нещасного випадку ніколи не готуєшся і не буваєш готовим. Тому кожен із нас повинен уміти надавати першу домедичну допомогу собі й оточуючим: на робочому місці, удома, у навчальній аудиторії чи в шкільному класі, на місцях занять фізичними вправами або під час перерви тощо. Слід також мати та знати як використовувати індивідуальні аптечки, знати куди, до кого і за якою допомогою потрібно звертатись. Адже вчасна й правильно надана допомога може врятувати життя людині. Від якості першої допомоги часто залежить подальша доля хворого.

Отже, практичні заняття з розділу «Домедична допомога у надзвичайних ситуаціях: поранення, переломи, вивихи» передбачають відпрацювання студентами вмінь приймати рішення щодо надання допомоги пораненим з різними ураженнями, вивихами, ранами, опіками та переломами тощо. Опрацювавши розділ студент повинен знати: класифікацію пов'язок за їх характером і призначенням; визначення поняття «десмургія»; визначення поняття «пов'язка», перев'язка; характеристику перев'язувального матеріалу; мету накладання пов'язки; види фіксуєчих матеріалів, загальні правила накладання пов'язок; основні види м'яких пов'язок; правила користування індивідуальним перев'язувальним пакетом; основні види пов'язок та техніку накладання м'яких пов'язок на різні ділянки тіла; правила накладання оклюзійної (герметизуючої) пов'язки на грудну клітку; правила накладання контурних пов'язок та з косинки.

Студент повинен вміти: виконувати згортання бинта; користуватися індивідуальним перев'язувальним пакетом; накладати типові м'які пов'язки на різні ділянки тулуба; накладати контурні пов'язки та з косинки.

Методичні рекомендації призначено для студентів усіх спеціальностей денної і заочної форм навчання, які слухають дисципліни «Безпека життєдіяльності та основи охорони праці», модуля «Цивільний захист», «Медико-санітарна підготовка», «Основи медичних знань». Методичні рекомендації до практичних занять з дисциплін будуть сприяти поліпшенню засвоєння знань та формуванню вмінь і навичок щодо надання домедичної допомоги у надзвичайних ситуаціях постраждалим із пораненнями, переломами, вивихами.

ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ: ПОРАНЕННЯ, ПЕРЕЛОМИ, ВИВИХИ

Мета та основні завдання роботи

Дати коротку характеристику переломів, вивихів, поранень, опис симптомів, причин виникнення, класифікацію, рекомендації щодо діагностики та надання першої домедичної допомоги.

Ознайомити студентів із цілями і завданнями перев'язки і пов'язки, видами перев'язувального матеріалу, його характеристиками. Освоїти методику накладання різних видів пов'язок на ділянки тіла. Сформувати у студентів практичні навички з техніки накладання пов'язок під час надання першої домедичної допомоги ураженим при пораненнях, переломах, опіках.

Завдання до проведення занять:

1. Освоїти основні теоретичні відомості: поняття про переломи, класифікація переломів, ознаки, перша допомога. Перша допомога при вивихах, розтягуваннях і розривах зв'язок. Імобілізація. Рани. Перша допомога при пораненнях.

2. Десмургія. Відпрацювання навичок накладання пов'язок при різних ураженнях:

- накладання пов'язок на голову і груди;
- накладання пов'язок на живіт і верхні кінцівки;
- накладання пов'язок на нижні кінцівки.

Порівняння отриманих навичок із нормативними показниками швидкості та якості накладання пов'язок.

3. Студенти відпрацьовують тести самоконтролю знань-умінь.

4. Студенти вирішують ситуаційні задачі для самопідготовки.

1. ОСНОВНІ ТЕОРЕТИЧНІ ВІДОМОСТІ

Перша домедична допомога – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення або збереження життя і здоров'я потерпілого. Її повинен надавати той, хто знаходиться поруч із постраждалим (взаємодопомога), або сам постраждалий (самодопомога) до прибуття медичного персоналу.

Послідовність дій при наданні першої допомоги потерпілому:

- усунення впливу на організм потерпілого небезпечних та шкідливих чинників;
- оцінка стану потерпілого;
- визначення характеру травм;
- виконання необхідних заходів із порятунку потерпілого;
- підтримання життєвих функцій потерпілого до прибуття медичного персоналу;
- виклик швидкої допомоги.

Способи надання першої допомоги залежать від стану потерпілого.

ПОНЯТТЯ ПРО ПЕРЕЛОМИ. КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРЕЛОМІВ, ОЗНАКИ, ПЕРША ДОПОМОГА

Перелом кістки є досить поширеним типом травми. Кожен день ми стикаємося, наприклад, з травмонебезпечними видами транспорту, людьми на вулицях, які можуть травмувати нас не менш, ніж той самий транспорт. Звичайно ж, нам треба знати хоча б елементарні способи першої допомоги та ознаки перелому. Переломи не завжди легко розпізнати, тому в сумнівних випадках першу домедичну допомогу надають так само, як при переломах.

Основне правило надання першої домедичної допомоги при переломах – виконання в першу чергу тих прийомів, від яких залежить збереження життя ураженого: зупинка артеріальної кровотечі, попередження травматичного шоку, а потім накладання стерильної пов'язки на рану і проведення іммобілізації табельними чи підручними засобами.

Переломи кісток виникають під час різних рухів, ударів, падінь з висоти. Схильність людей до переломів залежить від їхнього віку. Так, у дітей та молоді переломи виникають значно рідше, ніж у літніх людей. Це пояснюється тим, що у молодих людей вміст органічних речовин у кістках переважає вміст мінеральних, а у людей похилого віку – навпаки.

Переломи – це повні або часткові порушення цілісності кістки. Кістка є найбільш твердою з усіх тканин організму, тим не менше, її міцність також має певні межі. Переломи можуть виникати як внаслідок травми, так і в результаті різних захворювань, що супроводжуються змінами в

характеристиці міцності кісткової тканини. Важкість стану при переломах обумовлена розмірами пошкоджених кісток та їх кількістю. Множинні переломи великих трубчастих кісток призводять до розвитку масивної крововтрати та травматичного шоку. Також хворі після таких травм повільно відновлюються, одужання може зайняти кілька місяців.

До основних ознак перелому належать: біль, набряк тканин, ненормальна рухомість кісток у місці травми, порушення функцій кінцівок. При відкритих переломах з рани можуть виглядати частини зламаної кістки, кровотеча. При переломах кісток кінцівок відбувається їх вкорочення та викривлення. Пошкодження ребер часом ускладнює дихання.

Переломи кісток таза та хребта часто спричиняють розлади сечовиділення і порушення функцій нижніх кінцівок. Переломи кісток черепа супроводжуються кровотечею з вух. Під час тяжких переломів нерідко настає шоківий стан, особливо у випадках відкритих переломів, що супроводжуються артеріальною кровотечею.

Транспортна іммобілізація – заходи щодо забезпечення нерухомості кісток у місці перелому. Здійснюється накладанням відповідних шин, виготовлених з табельних чи підручних матеріалів, фіксацією двох найближчих суглобів тощо. Такі заходи зменшують біль, що попереджає розвиток шоку.

Промисловість випускає кілька типів шин:

- *драбинчаста шина Крамера* – виготовляється з гнучких металевих дротів і використовується для іммобілізації верхніх кінцівок;
- *сітчаста металева шина* – застосовується для іммобілізації верхніх кінцівок, під час переломів у ділянці гомілкового суглоба, їй легко надати необхідну форму;
- *фанерна шина* – виготовляється різної довжини, не піддається моделюванню, у випадку використання обгортається ватно-марлевими серветками;
- *транспортна шина Дитерікса* – виготовляється з деревини; складається з двох розсувних планок різної довжини, рухомої підошви і палички-закрутки для витягування кінцівок. Використовується для іммобілізації нижніх кінцівок.

Класифікація переломів. Типи переломів класифікують за кількома критеріями, це пов'язано з відсутністю єдиних причин і локалізації

переломів. У сучасних класифікаціях виділяють типи переломів залежно від наступних ознак:

1. За причиною виникнення поділяються на патологічні та травматичні. Патологічні – переломи в місці зміненої будь-яким патологічним процесом кісткової тканини. Процес, що пошкоджує кісткову тканину, найчастіше це пухлина, кіста в кістковій тканині, тощо. Часто ламаються кістки у жінок похилого віку, які страждають розрідженням кісткової тканини – остеопороз, у результаті якого тканина кісток стає крихкою і ламається від невеликих навантажень. Травматичні переломи виникають у результаті раптового впливу значної механічної сили на здорову кістку.

2. За важкістю ураження – повні переломи характеризуються повним роз'єднанням кістки на всю її довжину або ширину. Повні переломи дуже часто супроводжуються зміщенням уламків кістки в різних напрямках. Це відбувається в результаті впливу чинників, що травмують. Повні переломи без зміщення зустрічаються рідко, головним чином у дітей. Порушення цілісності кістки може бути і неповним, у цьому випадку виникає тріщина, надлом, дірчастий дефект тканини кістки.

3. За формою і напрямком перелому розрізняють поперечні, поздовжні, косі, гвинтоподібні, осколкові, фрагментарні, роздроблені, вколочені, компресійні та відривні переломи. В області епіфізів або епіметафізів спостерігається Т- і V-подібні переломи.

4. За цілісністю шкірних покривів – відкриті і закриті переломи.

Закритий перелом – це перелом із неушкодженою цілісністю шкірних покривів. Відкриті переломи кісток – це переломи, при яких є рана в зоні перелому і область перелому сполучається із зовнішнім середовищем. Вони можуть становити небезпеку для життя потерпілого внаслідок розвитку травматичного шоку, крововтрати, можливості інфікування з формуванням важкої флегмони кінцівки (у тому числі анаеробної) і сепсису. Механізм травми в більшості випадків прямий (наїзд трамвая, потягу, автомобільна аварія, попадання в рухомі механізми на виробництві тощо). Відкриті переломи можуть бути первинно- і вторинно-відкритими. При первинно-відкритому переломі травмуюча сила діє безпосередньо на область пошкодження, травмуючи шкіру, м'які тканини і кістки. У подібних випадках виникають відкриті переломи з великою шкірною раною, великою зоною ушкодження м'яких тканин і осколкових

переломів кісток. При вторинно-відкритому переломі рана м'яких тканин і шкіри виникає в результаті проколу гострим уламком кістки зсередини, що супроводжується утворенням шкірної рани і зони ушкодження м'яких тканин менших розмірів. Зустрічаються переломи одиничні і множинні, а так само поєднані, якщо крім переломів кісток є ушкодження внутрішніх органів.

5. За ускладненням – ускладнені та неускладнені переломи. Переломи можуть бути ускладнені травматичним шоком, пошкодженням внутрішніх органів, кровотечею, жировою емболією, рановою інфекцією, остеомієлітом, сепсисом.

Найбільш поширені типи переломів мають загальноприйняті назви – на ім'я автора, що вперше їх описав. Так, наприклад, перелом шилоподібного відростка променевої кістки, називається переломом Колеса. Також до досить відомих типів травм верхньої кінцівки відноситься перелом Монтеджа, що виникає при переломі ліктьової кістки у верхній третині і вивиху голівки променевої кістки з пошкодженням гілки променевого нерва. Перелом Голеацці представляє собою перелом променевої кістки у нижній третині з вивихом у цьому суглобі.

Надання першої допомоги при переломах кісток

Способи та черговість застосування окремих прийомів надання допомоги визначаються тяжкістю та місцем перелому, наявністю кровотеч, супутніх ушкоджень, загальним станом організму. Накладання шини потрібно проводити безпосередньо на місце травмування, виявляти обережність, щоб не допустити зміщення уламків. Вправляти уламки кісток категорично забороняється, оскільки це може, наприклад, закритий перелом перетворити на відкритий, збільшити біль і створити умови для розвитку шоку.

Під час іммобілізації кінцівок пошкодженій частині тіла намагаються надати шинами чи підручними засобами, якщо це можливо, найбільш природного положення. Якщо ж ні, то зайві маніпуляції забороняються. Також не дозволяється формувати та моделювати шини безпосередньо на потерпілому.

За наявності рани в місці перелому, обережно розрізають одяг, обробляють рану та накладають асептичну пов'язку. Стежать за тим, щоб

пов'язка не давила на місце перелому. Потім накладають шину. У разі відсутності рани шину накладають поверх одягу.

Переломи кісток черепа поділяються на переломи зводу та основи черепа. Особливу небезпеку становлять відкриті переломи, які можуть супроводжуватися витіканням мозкової речовини, і, що вкрай небезпечно, інфікуванням мозку. Допомога у такому випадку полягає у створенні повного спокою потерпілому. Хворого кладуть горизонтально. Іммобілізацію проводять підкладанням ватно-марлевого кільця чи кільця, зробленого з одягу. За допомогою пращоподібної пов'язки, яку проводять під підборіддям, голову фіксують до нош чи широкої дошки. Якщо травмовано потиличну частину, потерпілого вкладають обличчям донизу, так само підкладаючи ватно-марлеве кільце. Припускається транспортування хворого на боці. У потерпілих часто спостерігається блювання, тому необхідний постійний нагляд для попередження асфіксії.



Рис. 1.

У разі **переломів щелеп** використовують звичайну пращоподібну пов'язку (рис.1). Перед цим потрібно звільнити рот від крові та зламаних зубів. Голову повертають набік для попередження западання язика і затікання крові у гортань.

Часто виникають **переломи перенісся**, що супроводжується болем, деформацією перенісся, сильною кровотечею з носа. Допомога полягає у накладанні холодного компресу для зупинки чи зменшення кровотечі, пращоподібної пов'язки та доставці потерпілого у лікарню.

Якщо є **переломи хребта у шийному відділі**, хворого кладуть спиною на рівну тверду поверхню (рис.2) Транспортування без спеціальних заходів не рекомендується.



Рис. 2.

Один з найсерйозніших видів переломів – **перелом хребта**. При неправильно наданій допомозі, людина може померти або залишитися паралізованою, оскільки спинний мозок є найважливішим функціональним органом людини. За ймовірності перелому хребта треба бути надзвичайно обережним, не можна ставити людину на ноги. Хворому потрібен повний спокій, краще всього укласти його на тверду поверхню, правильним буде переміщати і транспортувати хворого з підозрою на перелом хребта за допомогою медичних фахівців, оскільки будь-який необережний рух може нашкодити людині (рис. 3).

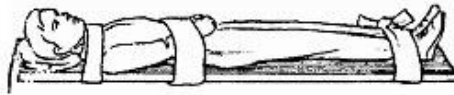


Рис. 3.

Переломи ключиці виникають під час ударів безпосередньо по ключиці, а також при падінні на відведену в сторону руку. Під час пальпації на місці перелому відзначається надмірна рухливість кісток та хруст. Рухи рукою при цьому неможливі. Транспортна іммобілізація може бути досягнута за допомогою ватно-марлевих кілець чи кілець, зроблених з одягу, які надягають на ділянку плечових суглобів. Кільця стягують, зв'язують їх між собою бинтом або гумовою трубкою. Ватно-марлеві кільця повинні бути доволі товстими, не менше 5 см у діаметрі, що забезпечує рівномірний тиск на плечі. Внутрішній діаметр кільця роблять на 2-3 см більшим, ніж об'єм плечового суглоба.

Для тимчасової фіксації переломів ключиці можна також скористатися замість ватно-марлевих кілець вісімко-подібною пов'язкою з косинки. У цьому випадку в сидячому положенні суглоби розводять назад і фіксують косинкою. Під косинкою між лопатками підкладають подушечку, що сприяє ще більшому розведенню кісток плечових суглобів і розтягненню відламків ключиці. Після такої іммобілізації руку також слід підв'язати на косинці.



Рис. 4.

Часто у разі переломів ключиці використовують пов'язку Дезо (рис. 4). Плече при цьому відводять у бік, а в пахвинну ямку підкладають міцний валик і під прямим кутом згинають ліктювий суглоб. У такому положенні руку прибинтовують до тулуба. Можливе використання пов'язки «косинка» (рис. 5).

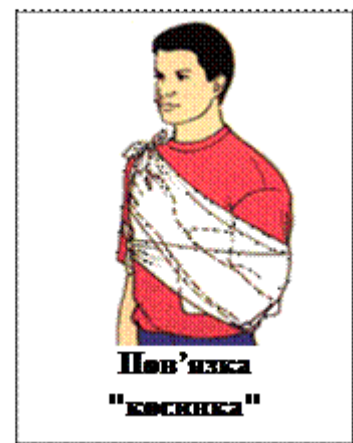


Рис. 5.

Під час надання допомоги слід пам'ятати, що під ключицею проходять магістральні кровоносні судини, тому всі маніпуляції треба робити обережно, щоб уламки кісток їх не пошкодили.

Перелом **плечової кістки** може спостерігатися у різних її відділах. У разі перелому у середній частині деформація більш виражена, і кінцівка сильно вкорочується. Плече у місці перелому потовщується, спроби руху кінцівкою спричиняють сильний біль.

Для іммобілізації необхідно фіксувати три суглоби: плечовий, ліктьовий і зап'ястковий. Зручно скористатися шиною Крамера, якій надають необхідну форму (рис. 6). Після підготовки шини, плече трохи відводять убік, у пахвинну ямку підкладають ватно-марлевий валик, на шину кладуть підстилку і закріплюють її бинтом. Руку згинають під прямим кутом у ліктьовому суглобі, кладуть на шину і прибинтовують, починаючи від кисті.



Рис. 6. Накладання шин у разі переломів верхніх кінцівок.

Шина повинна бути міцно зафіксована на плечовому суглобі. Тури бинта в цій ділянці розташовуються вісімка-подібно, проходячи через пахвинну ямку непошкодженого боку. Верхній кінець шини також фіксується на здоровій стороні таким чином, щоб він не сповзав на шию та потилицю. Це досягається перекиданням турів бинта через надпліччя спереду з обов'язковим проведенням їх навколо тулуба (рис. 6).

З підручних засобів можна використати шматки твердого картону, дошки, лозини тощо. Якщо підручних засобів немає, травмовану кінцівку слід підвісити на косинці і прибинтувати до тулуба. В пахвинну ямку підкладають ватно-марлевий валик. І косинку, і валик можна зробити з одягу.

Передпліччя складається з двох кісток – ліктьової та променевої. Тому переломи можуть бути як ізольовані (одиночні), так і відразу обох кісток – подвійні (множинні) на однаковому чи різних рівнях.

Найбільш типовим є **перелом променевої кістки в ділянці зап'ясткового суглоба**. Під час надання допомоги, фіксують ліктьовий та

зап'ястковий суглоби. При цьому лікоть пошкодженої руки необхідно зігнути під прямим кутом, а передпліччя повернути долонею до тулуба. Шину Крамера роблять у формі жолоба і згинають під прямим кутом (рис. 7). На неї кладуть травмовану кінцівку, під долоню підкладають товстий валик у вигляді кулі і прибинтовують, починаючи з кінчиків пальців і до верхньої третини плеча. Руку підвішують на косинку. Якщо немає табельної шини Крамера, використовують товстий картон. Перед формуванням його намочують у воді, потім згинають за формою кінцівки і прибинтовують.

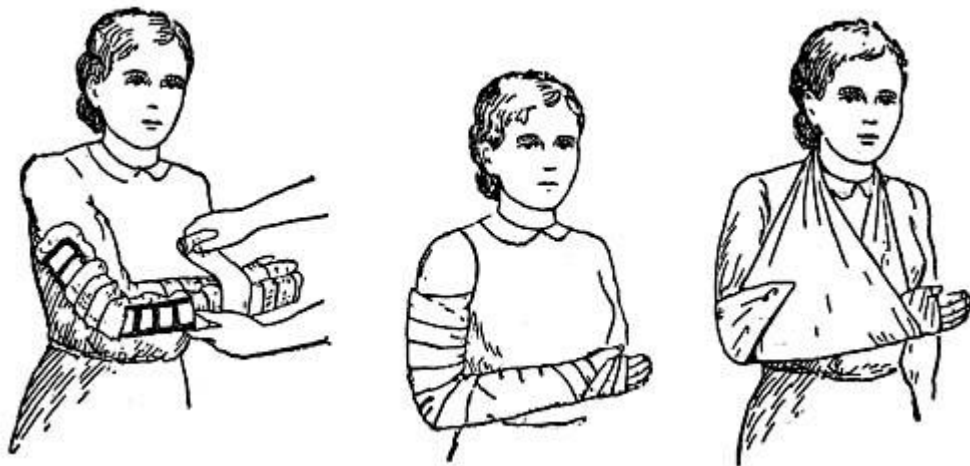


Рис. 7. Іммобілізація передпліччя за допомогою шини Крамера.

У випадку перелому променевої кістки в її середній частині можна використати просту фанерну шину, яку прибинтовують від кінчиків пальців до ліктя. Кисті на зап'ястковому суглобі надають фізіологічного положення, у долоню вкладають товстий валик.

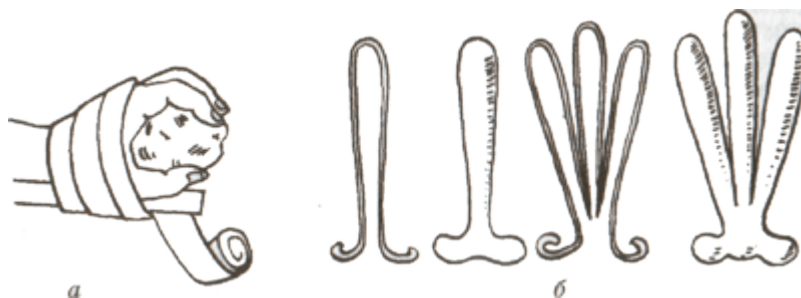


Рис. 8. Іммобілізація кисті і пальців рук (а);
імпровізовані шини для пальців (б).

Якщо переломи у ділянці кісток кисті, то в долоню вкладають жмут вати і забинтовують (рис. 8, а). У разі пошкодження однієї чи кількох фаланг на одному чи кількох пальцях доцільно використати шини, зроблені з металевого дроту (рис. 8, б). Для цього можна взяти будь-який алюмінієвий, мідний чи сталевий дріт із невеликим перерізом, вигнути

його відповідно до форми пальців і обгорнути бинтом. Вигин треба зробити такий, щоб пальці, прибинтовані до дроту, зайняли напівзігнуте положення. Потім покласти на імпровізовану шину пальці і обережно прибинтувати кожний окремо. При переломах кісток кисті застосовуються фанерні та сітчасті шини. Вони повинні починатися від кінчиків пальців і закінчуватися на рівні верхньої третини передпліччя або на рівні ліктьового суглоба.

При іммобілізації кисті остання повинна бути зафіксована в фізіологічному положенні. Це досягається вкладанням в кисть перед бинтуванням ватно-марлевої кульки. Після накладення шини верхню кінцівку підвішують на косинці (рис. 9). Косинку підводять під поранену руку так, щоб її основа розташовувалася дещо збоку від середньої лінії тіла. Далі нижній довгий кінець косинки піднімають вгору попереду передпліччя пошкодженої кінцівки і зв'язують його позаду шиї з верхнім кінцем. Зовнішній короткий кінець косинки загинають спереду і закріплюють шпилькою (рис. 9).

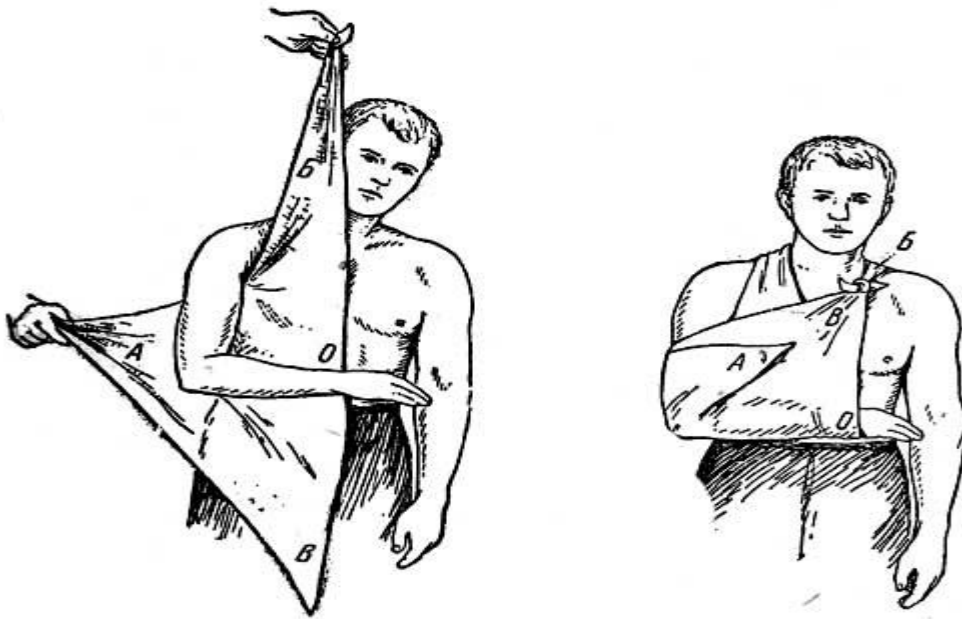


Рис. 9. Підвішування руки на косинці.

Переломи ребер – дуже небезпечне явище. Для таких травм характерні різкий біль, що посилюється під час вдиху, кашлю, зміни нормального положення тіла. Оскільки прикріплені до ребер м'язи відповідають за дихання (разом з діафрагмою), такі переломи можуть бути причиною дихальної недостатності, а відламки реберних кісток можуть пошкодити стінки плевральної порожнини, що спричинить крововилив

або травмувати легені, що спричинить пневмоторакс. Перша допомога полягає в накладанні на грудну клітку тугої спіралеподібної пов'язки в момент видиху. Якщо немає бинта, можна використати рушники, порізаний на стрічки одяг тощо. Найбезпечніше транспортування потерпілого у сидячому чи напівсидячому положенні.

Переломи хребта в грудному або поперековому відділах не можуть бути іммобілізовані, тому постраждалого вкладають животом донизу на рівний твердий щит. Якщо вкрай необхідне транспортування, твердий щит або широку дошку кладуть на ноші.

Переломи тазових кісток можуть виникнути під час сильного здавлювання, наїзду транспортних засобів, падіння. При цьому травмуються внутрішні органи – сечовий міхур, кишечник (їх травмування може спричинити інтоксикацію сечею чи каловими масами), статеві органи, нирки тощо. Головними ознаками є біль у місці перелому, неможливість стати на ноги. Надавлювання на лобкову кістку і крила таза викликають хрустіння.

Під час надання допомоги треба несильно стягнути таз на рівні крил бинтом, рушником або гумовим джгутом для запобігання подальшого розходження кісток та їх відламків, а також травмування внутрішніх органів гострими осколками.



Рис. 10.

Потерпілого слід покласти на твердий щит спиною, ноги трохи розвести і під коліна підкласти валик з одягу чи подушки так, щоб підняти їх на висоту 25-30 см (поза «жаби») (рис. 10).

Транспортування проводять так само, як і під час переломів хребта. У цьому випадку доцільне зв'язування нижніх відділів стегна і обох гомілкових суглобів. Підколінний валик прив'язують до нош.

Переломи стегнової кістки дуже тяжкі, оскільки це найбільша кістка в людському організмі. Вона оточена великим масивом м'язів, тут проходять нервові стовбури і магістральні кровоносні судини. Їх пошкодження спричиняє сильні кровотечі і крововиливи, розтروщення м'яких тканин, а сильний біль – шоківий стан.

У цьому разі потрібні заходи для знеболювання та надання нерухомості нижнім кінцівкам. Правильна іммобілізація перешкодить здавлюванню кровоносних судин, нервів, поліпшить кровообіг. Для іммобілізації найкращою є шина Дитерікса (рис. 11). Якщо її немає, таку шину імпровізують. Для цього беруть дві дошки: одну від п'ятки до паху, а другу – від п'ятки до пахвинної ямки. Обидві «шини» надійно прив'язують за допомогою будь-яких засобів до травмованої ноги та тулуба. У ділянці кісточки, колінного суглоба та пахвинної ямки підкладають м'які валики з вати. У крайньому разі, коли немає ніяких підручних засобів, травмовану ногу прибинтовують до здорової.

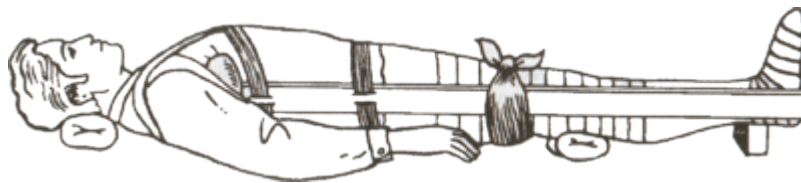


Рис. 11. Накладання шини у разі перелому стегнової кістки.

Переломи гомілки також спричиняють сильний біль, деформацію гомілки, потовщення в місці перелому. Спостерігається патологічна рухомість і хрустіння в місці травми. Під час надання допомоги забезпечують нерухомість колінного та гомілкового суглобів. Для цього шини накладають від стопи до верхньої третини стегна. Стопа має бути зігнута під прямим кутом.

При переломах кісток гомілки іммобілізація здійснюється за допомогою трьох Крамеровських або однієї Крамеровської і двох фанерних шин (рис. 12). Крамеровська шина, починаючись від підошви поверхні стопи, повинна закінчуватися на рівні половини стегна постраждалого. Шина попередньо моделюється таким чином, щоб її вигини відповідали опуклостям п'яти і литкових м'язів, при цьому стопа не повинна відвисати. Фанерні шини прибинтовуються з внутрішнього і зовнішнього боку пошкодженої кінцівки.

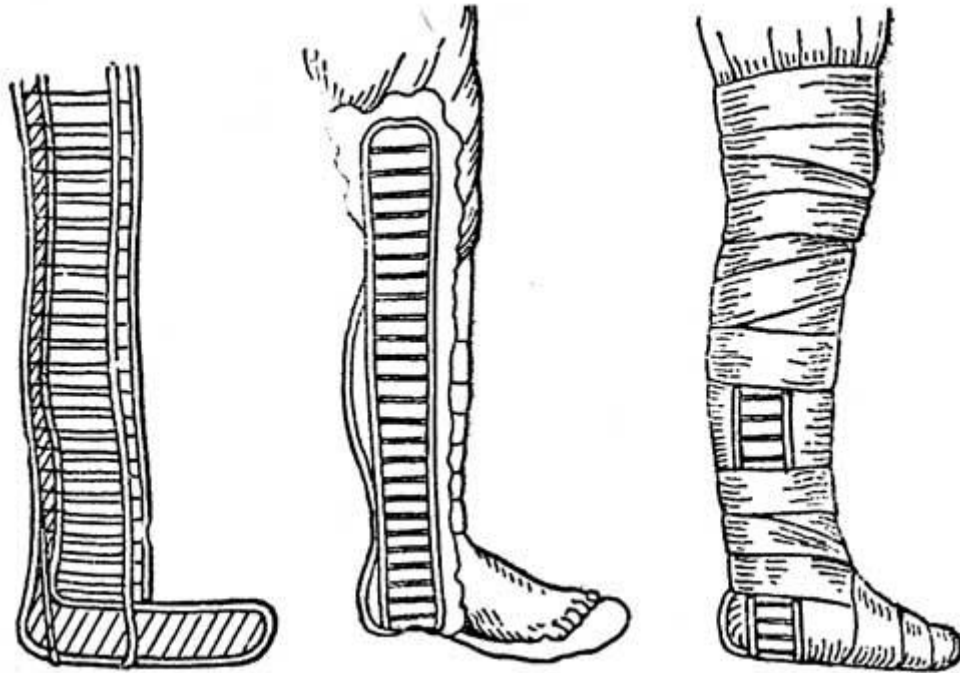


Рис. 12. Імобілізація гомілки за допомогою Крамеровських шин

Коли ушкоджено **кістки стопи та травмовано гомілковий суглоб**, використовують драбинчасту чи сітчасту шину або підручні засоби. Шину згинають таким чином, щоб її можна було накласти на підшви стопи, а задню поверхню гомілки прикріпити до верхньої третини шини. Для п'ятки роблять заглиблення і підкладають вату. Шину прикріплюють до кінцівки, починаючи вісімко-подібними турами бинта через нижню третину гомілки і стопу, а закінчують спіралеподібно на верхній третині гомілки. Стопа повинна бути зафіксована під прямим кутом.

У разі імобілізації фанерними рейками їх прикладають від верхньої частини гомілки до підшви стопи по боках: одну – з внутрішнього, другу – з зовнішнього, і прибинтовують до кінцівки.

У випадках, коли потерпілий має кілька переломів, у першу чергу зупиняють кровотечу, дають знеболювальний засіб, потім обробляють найнебезпечніші відкриті переломи, а вже потім – закриті.

Схема надання першої допомоги при закритому переломі:

- дати постраждалому знеболювальне (1-2 таблетки анальгін);
- знерухомити місце перелому;
- накласти шину;
- на місце перелому прикласти холод для зменшення болю;

- викликати швидку допомогу або доставити постраждалого до лікувального закладу.

Непринустимо:

- дозволяти постраждалому рухати ушкодженою кінцівкою;
- знімати одяг зі зламаної кінцівки;
- прикладати тепло до місця перелому;
- транспортувати потерпілого не наклавши шини.

Відкритий перелом супроводжується порушенням шкірного покриву і появою рани. Вони бувають небезпечними для життя людини через можливість розвитку шоку, крововтрати, інфікування. Ознаками відкритого перелому є: деформація та набряк кінцівок, наявність кісних уламків, наявність рани з кровотечею.

Схема надання допомоги при відкритому переломі:

- перевірте наявність пульсу та дихання;
- у разі необхідності очистіть дихальні шляхи постраждалого;
- зупиніть кровотечу;
- забезпечте нерухомість зламаної кінцівки;
- розріжте одяг на місці рани таким чином, щоб можна було накласти пов'язку;
- обробіть краї рани і накладіть стерильну пов'язку;
- накладіть шину.

Непринустимо:

- не зупинити кровотечу;
- накладати шину на оголену кінцівку або безпосередньо на рану;
- дозволяти постраждалому рухати пошкодженою кінцівкою;
- торкатися рани, вправляти або видаляти уламки кісток та сторонні тіла.

Ознакою важких переломів є поза постраждалого «жаба», коли постраждалий не може змінити положення ніг. Стопи його розгорнуті назовні, коліна трохи підняті, розведені назовні. У такому випадку вірогідні ушкодження кульшового суглобу, стегнових кісток, ушкодження хребта.

ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ВИВИХАХ, РОЗТЯГУВАННЯХ І РОЗРИВАХ ЗВ'ЯЗОК. ІММОБІЛІЗАЦІЯ

Вивих – це стійке зміщення суглобних кінців кісток за межі їх нормальної рухомості, інколи з розривом суглобної сумки і зв'язок і виходом однієї з кісток з сумки. Вивихи можливі внаслідок різких, надмірних рухів у суглобі, у випадках падіння з висоти на витягнуту кінцівку, у результаті сильного удару в ділянку суглоба. Часто вивихи супроводжуються переломами.

Класифікація вивихів за часом:

- свіжі – до 3-х діб після травми;
- несвіжі – від 3-х діб до 3-х тижнів;
- застарілі – більше 3-х тижнів.

Ознаки: біль у ділянці ушкодженого суглоба, втрата звичайної рухливості в суглобі, вимушене положення кінцівки, зміна форми кінцівки в ділянці суглоба. Діагноз ставлять за допомогою рентгенологічного дослідження.

Допомога при вивихах. Потерпілого необхідно якнайшвидше доставити до медичного закладу, де йому вправлять суглоб. На час транспортування потерпілого до медичного закладу на ушкоджений суглоб потрібно накласти транспортну шину чи пов'язку, що надійно фіксує кінцівку. Ні в якому разі не слід вправляти вивих самостійно. Обов'язково слід звернутися до лікаря!

Задачі транспортної іммобілізації

- Зупинка кровотечі.
- Попередження травматичного шоку.
- Накладання стерильної пов'язки на рану.
- Проведення мобілізації табельними або підручними засобами.

Основні принципи транспортної іммобілізації

• для знерухомлення ушкодженої кінцівки необхідно іммобілізувати два суміжних суглоби, а при вивиху плечової або стегнової кістки три суглоби;

• моделювання шини слід проводити по здоровій кінцівці, або на тому, хто її буде накладати;

- при іммобілізації кінцівки необхідно надати їй фізіологічне положення, а якщо це неможливо, то таке положення, при якому кінцівка менш за все травмується;

- при відкритих вивихах вправлення не виконують, накладають стерильну пов'язку і кінцівку фіксують у тому положенні, в якому вона знаходилась у момент ушкодження;

- іммобілізацію здійснюють поверх одягу і взуття потерпілого, між шиною і кінцівкою потерпілого кладуть м'яку ватно-марлеву підкладку;

- при відкритих вивихах на рану слід накласти стерильну пов'язку;

- при фіксації шини не можна закривати місце накладання джгута, щоб була можливість коригувати стан джгута;

- іммобілізована кінцівка перед транспортуванням у холодну пору року повинна бути обов'язково утеплена з метою профілактики відмороження;

- під час перекладання потерпілого з нош, ушкоджену кінцівку повинен тримати помічник.

Треба пам'ятати, що невірно виконана іммобілізація може завдати шкоди в результаті додаткової травматизації. При ушкодженні хребта, потерпілого кладуть на тверду поверхню.

Розтягування та розриви зв'язок найчастіше бувають у ділянці гомілковостопного суглоба.

Ознаки: різкий, гострий біль у суглобі в місці закріплення ушкодженої зв'язки; рухливість у цьому місці обмежена і супроводжується значними болями; припухлість у ділянці суглоба (крововилив у порожнину суглоба).

Допомога. Холод на місце ушкодження і припухлості, стискаюча пов'язка, повний спокій суглобу (у разі необхідності – накладання транспортної шини на кінцівку).

РАНИ. ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ПОРАНЕННЯХ.

Раною називається пошкодження шкіри, слизової оболонки чи глибоких тканин, що супроводжується болем та кровотечею і має вигляд зяючого отвору. Усі рани, крім операційних, вважаються первісно інфікованими. Мікроби потрапляють до рани разом із предметом, яким

заподіяно рану, а також із землею, шматками одягу, повітрям і при дотиках до рани руками. Найнебезпечнішими є мікроорганізми, що розвиваються у рані за умови відсутності повітря і спричиняють газову гангрену. Небезпечним ускладненням ран є зараження їх збудником правця.

Рани можуть бути поверхневими або проникаючими у порожнину черепа, грудну клітку, черевну порожнину. Проникаючі рани – найнебезпечніші.

Профілактика зараження рани – найшвидше накладення на неї асептичної пов'язки, для запобігання доступу мікробів.

Рани класифікуються за різними ознаками.

1. За характером пошкодження тканин: колоті, різані, рубані, забиті і рвані, укушені, отруєні, вогнепальні, розчавлені.

Колоті рани наносяться колючою зброєю (багнет, голка та ін.). Анатомічною особливістю їх є значна глибина при невеликому пошкодженні покривів. При цих ранах завжди є небезпека пошкодження життєво важливих структур, розташованих у глибині тканин, у порожнинах (судини, нерви, порожнисті і паренхіматозні органи). Зовнішній вигляд колотих ран і виділення з них не завжди забезпечують достатньо даних для отримання діагнозу. Так, при колотій рані черевної порожнини можливо поранення кишок або печінки, але виділення кишкового вмісту або крові з рани зазвичай виявити не вдається. При колотій рані в області з великим масивом м'язів може бути пошкоджена велика артерія, але у зв'язку зі скороченням м'язів і зміщенням ранового каналу зовнішня кровотеча може бути відсутня. Утворюється внутрішньо-м'язова гематома з подальшим розвитком помилкової аневризми.

Колоті рани небезпечні тим, що через малу кількість симптомів можна пропустити пошкодження глибоко лежачих тканин і органів, тому необхідно особливо ретельне обстеження хворого. Небезпечні колоті рани також тим, що при пораненні зброєю в глибину тканин вносяться мікроорганізми, а ранові виділення, не знаходячи виходу назовні, є для них гарним живильним середовищем. Це особливо сприяє розвитку гнійних ускладнень.

Різані рани наносять гострим предметом. Вони характеризуються невеликою кількістю зруйнованих клітин; прилеглі тканини не ушкоджуються. Зяяння рани дозволяє зробити огляд пошкоджених тканин

і створює хороші умови для відтоку виділень. Різані рани мають найбільш сприятливі умови для загоєння, тому, будь-які свіжі рани при обробці прагнуть перетворити на різані рани.

Рубані рани наносять важким гострим предметом (шашка, сокира та ін.). Для таких ран характерне глибоке ушкодження тканин, широке зяння, забій і струс навколишніх тканин, що знижують їх опірність і регенеративні здібності.

Забиті і рвані рани виникають при ударі тупим предметом, під дією тиску тупого предмета. Вони характеризуються великою кількістю розім'ятих, забитих, просочених кров'ю тканин із порушенням їх життєздатності. Забиті кровоносні судини нерідко піддаються посиленому утворенню тромбів, що створює сприятливі умови для розвитку інфекції.

Укушені рани з'являються в результаті укусів тварин і характеризуються не стільки великими і глибокими ушкодженнями, скільки важкою інфікованістю вірулентною флорою рота людини або тварини. Перебіг загоєння цих ран частіше, ніж інших, ускладнюється розвитком гострої інфекції. Укушені рани можуть бути заражені вірусом сказу.

Отруєні рани – це такі рани, в які потрапляє отрута (при укусі змії, скорпіона, проникненні отруйних речовин та ін.).

Вогнепальні рани відрізняються від всіх інших характером зброї, що травмує (куля, уламок); складністю анатомічної характеристики; особливістю ушкодження тканин із зонами повного руйнування, некрозу і молекулярного струсу; високим ступенем інфікованості; різноманітністю характеристик (наскрізні, сліпі, дотичні та ін.).

Невідкладна допомога пораненим.

При наданні невідкладної допомоги пораненим вирішуються наступні завдання:

- зупинка кровотечі;
- профілактика інфекції;
- боротьба з шоком;
- своєчасне транспортування до лікувального закладу.

Незважаючи на спільність завдань, що стоять перед медичними працівниками або свідками нещасного випадку, при всіх різновидах ран слід пам'ятати і про деякі вимоги, які ставляться до окремих видів ран, та

послідовність дій. Звернути увагу на обов'язкове використання гумових рукавичок.

Приблизна послідовність дій при наданні невідкладної допомоги пораненому:

а) при звичайних пораненнях:

- оголити рану і оцінити характер ушкодження;
- зупинити зовнішню кровотечу (пальцеве притиснення артерії, накладення кровоспинного джгута, максимальне згинання кінцівки в суглобах, туга тампонада рани);
- видалити з поверхні рани шматки одягу або інші сторонні тіла; фіксовані предмети, що ранять, не чіпати;
- навколо рани змастити розчином йоду, спиртом, діамантовою зеленню. При цьому слід уникати попадання антисептиків у глибину рани, так як це призводить до порушення процесу загоєння;
- накласти первинну пов'язку із використанням стерильного або зовні чистого перев'язувального матеріалу;
- при локалізації рани в районі суглоба або поблизу нього зробити іммобілізацію кінцівки імпровізованими шинами;
- застосувати знеболюючі засоби;
- вирішити питання про транспортування пораненого;

б) при особливо забруднених ранах, тобто при ранах, отриманих під час роботи в тваринницьких приміщеннях, на городах, садових ділянках та ін.:

- оголити рану і оцінити характер ушкодження;
- при сильній кровотечі – зупинити її;
- рясно промити рану 3 % розчином перекису водню або рожевим розчином марганцево-кислого калію, 0,5 % розчином хлоргексидину або фурациліну і осушити серветкою;
- накласти первинну пов'язку;
- дати знеболюючі засоби;
- забезпечити доставку пораненого в найближчі години в лікувальний заклад;

в) при укушених ранах (заподіяних домашніми або дикими тваринами):

- оголити рану;
- зупинити кровотечу;

- рясно промити рану мильною водою з використанням господарського мила і висушити серветкою;
- накласти первинну пов'язку;
- при наявності великих, множинних ран кінцівок забезпечити іммобілізацію;
- застосувати знеболюючі засоби;
- сприяти обов'язкове звернення потерпілого (навіть при поверхневих ранах і саднах) до лікувального закладу для вирішення питання про подальше лікування та щеплення проти правця і сказу.

Загальними завданнями лікування ран є:

- вміння передбачати і попередити небезпечні ускладнення ран;
- зменшення кількості та вірулентності інфекції;
- видалення нежиттєздатних тканин;
- посилення процесів регенерації.

Профілактика різних видів травм і поранень

Основним способом профілактики різних видів травм і різного ступеня тяжкості поранень складається в дотриманні правил безпеки. Правила безпеки на виробництві регламентуються галузевої технікою безпеки. У домашніх умовах теж потрібно дотримуватися нескладних застережних заходів при роботі з гострими, гарячими, хімічно-небезпечними предметами.

При заняттях спортом необхідно уникати ударів, вивихів, переломів. Різні види травм і поранень вимагають різного надання першої і подальшої медичної допомоги. Потрібно уважно ставитися до правил безпеки в домашніх умовах, на виробництві, при заняттях спортом. Деякі травми і рани можуть мати дуже серйозні наслідки.

2. ДЕСМУРГІЯ. ВІДПРАЦЮВАННЯ НАВИЧОК НАКЛАДАННЯ ПОВ'ЯЗОК ПРИ РІЗНИХ УРАЖЕННЯХ

Накладання пов'язок – складна і відповідальна процедура. Неправильно накладена пов'язка може бути причиною ускладнень і мати такі ж негативні наслідки, як і погано виконана операція. Існують певні вимоги як до самої пов'язки взагалі, так і правила стосовно її накладання.

Десмургія – вчення про пов'язки і способи їх накладання. Одна з основних відмінних рис хірургії – наявність у пацієнтів найрізноманітніших ран. Наявність ран веде до необхідності накладення на них пов'язок.

Пов'язка – пристосування для закріплення перев'язувального матеріалу, створення тиску на певну ділянку тіла, іммобілізації пошкодженої частини тіла. Пов'язка складається, як правило з двох частин – внутрішньої (перев'язочний матеріал, компрес, тощо), та зовнішнього – власне пов'язка, яка застосовується для фіксації.

Перев'язка – процес накладання перев'язувального матеріалу на поверхню рани з лікувальною метою: накладання серветки з лікувальним препаратом; з метою зупинки кровотечі; захисту поверхні рани від зовнішнього середовища, з гемостатичною метою.

Види перев'язувального матеріалу.

Марля - основний вид перев'язувального матеріалу: бавовняна тканина, нитки якої розташовуються нещільно один до одного. Така будова матеріалу забезпечує марлі основну її властивість – гігроскопічність. Крім того, марлю можна легко прати, стерилізувати, вона дуже легка. Для зручності використання в хірургії з марлі готують серветки, тампони, турунди, кульки і бинти. Вони можуть бути самого різного розміру. Зокрема, бинти мають ширину від 5 до 20 см.

Перев'язувальний матеріал може бути стерильним і нестерильним. Стерильний перев'язувальний матеріал використовують для накладення безпосередньо на рану, нестерильний – для фіксації пов'язок на певній частині тіла. Стерилізацію перев'язувального матеріалу в основному здійснюють в автоклаві паром під підвищеним тиском. У деяких випадках проводять заводську променеу стерилізацію, і тоді перев'язувальний матеріал надходить у герметичних поліетиленових упаковках. З марлі виготовляють гіпсові бинти, а також ватно-марлеві тампони.

Вата. Інший вид перев'язувального матеріалу – вата. Вона може бути як бавовняною, так і синтетичною (віскозною). Існує два види вати: гігроскопічна (біла вата) і негігроскопічна (сіра вата). Білу вату використовують при накладенні пов'язок у тих випадках, коли необхідно сприяти відтоку ранового вмісту. Сіру вату використовують при накладенні компресної пов'язки, так як вона більшою мірою перешкоджає випаровуванню лікарської речовини і сприяє збереженню тепла. Вату

використовують для ватно-марлевих тампонів, кульок, її накручують на палички (для обробки незначних ран, норицевих ходів). Способи стерилізації вати і марлі ідентичні.

Додаткові засоби. У деяких випадках при накладенні пов'язок застосовують додаткові засоби. Можуть бути використані звичайна тканина (наприклад, косиначна пов'язка), прогумована тканина (оклюзійна пов'язка при пневмотораксі), гіпсові лонгети, транспортні шини, спеціальні шини та інші пристосування.

Пов'язки використовують для закріплення перев'язувального матеріалу, тиску на яку-небудь частину тіла – в основному з метою зупинки кровотечі, попередження набряку тканин або утримання кінцівки або іншої частини тіла в нерухомому стані. Відповідно розрізняють пов'язки закріплюючі (зміцнювальні), тиснучі (тугі) та знерухомлюючі (імобілізуючі). Зі зміцнювальних пов'язок найбільш поширені пластирні, сітчасті і бинтові. Найпростіші пов'язки повинен вміти накладати кожен.

Існує безліч різних варіантів пов'язок, їх накладання вимагає певних навичок, так як неправильно зроблена пов'язка скоро слабшає, сповзає, порушує кровообіг, викликає біль. Щоб навчитися добре накладати бинтові пов'язки, потрібно запам'ятати правила їх накладання і оволодіти нескладними практичними навичками.

Хід роботи

Обладнання: плакати, бинти, ножиці, косинки, пакет перев'язувальний індивідуальний, презентації, таблиці, слайди, проектор, секундомір.

Правила накладання пов'язок.

Відпрацювання накладання пов'язок різних типів

1. Пов'язку накладають із стерильного матеріалу чистими, добре вимитими з милом руками, шкіру навколо рани або вогнища захворювання (гнійника та ін.) обробляють антисептиком (спирт, йод, перекис водню тощо).

2. Хворого треба укласти на стіл, незалежно від локалізації рани. Бажано, щоб хворий не бачив своєї рани (вигляд рани може викликати

негативні емоції і травмувати психіку), перев'язування інших хворих та скривавленого перев'язувального матеріалу.

3. Потерпілий при накладанні пов'язки повинен лежати чи сидіти у зручній для нього позі, а рятувальник розташовується поруч так, щоб бачити обличчя хворого (слідкувати чи не заподіює він біль) і всю перев'язувальну поверхню.

4. Орган (сегмент кінцівки), на який накладається пов'язка, повинен бути на рівні грудей особи, яка виконує перев'язку, а пошкоджена ділянка тіла потерпілого повинна бути максимально доступна для перев'язування.

5. Орган (сегмент кінцівки), на який накладається пов'язка, повинен бути в момент накладання в такому ж самому положенні, у якому він буде знаходитись після перев'язування в процесі лікування або транспортування. Таке положення має бути функціонально зручним.

6. М'язи пацієнта (особливо кінцівок) повинні бути максимально розслабленими. У випадках пошкодження кінцівок при перев'язках їх слід підтримувати або використовувати допоміжні пристрої.

7. Під час накладання пов'язки необхідно запобігати виникненню вторинних ускладнень у пошкодженому органі чи сегменті кінцівки за рахунок зміщення уламків кісток, стискання ними судинних чи нервових стовбурів, додатковому мікробному забрудненні ран тощо.

8. Перев'язку слід починати з вузлого (периферійного) краю у напрямку до ширшого (проксимального) для кращого утримання пов'язки та її закріплення.

9. Тури бинта накладають з постійним і рівномірним натягом для уникнення складок і перетяжок.

10. Як правило, бинтують зліва направо (проти ходу годинникової стрілки). При цьому головка бинта повинна бути в правій руці, початок бинта – у лівій.

11. При накладанні пов'язок (крім повзучої) кожен наступний тур повинен прикривати попередній тур на $\frac{1}{3}$ або на $\frac{1}{2}$ ширини бинта. Якщо бинт закінчився – під кінець попереднього бинта підкладають початок нового, закріплюють круговим ходом і продовжують бинтування.

12. Нogu бинтують у випрямленому положенні, а руку – зігнутою або напівзігнутою в лікті і злегка відведеній від тулуба.

13. Кінець бинта закріплюють прошиванням нитками або розривають його кінець на 10-30 см по довжині, перехрещують між

собою, обводять навколо потрібного сегменту і зав'язують вузлом на боці, протилежному місцю травми або фіксують англійською булавкою до одного із сусідніх турів.

14. Нogu бинтують у випрямленому положенні, а руку – зігнутою або напівзігнутою в лікті і злегка відведеною від тулуба.

15. Пов'язка має міцно утримувати перев'язувальний матеріал і не порушувати кровопостачання і (по можливості) рухів. Після накладання пов'язки необхідно звернути увагу на забарвлення шкіри і пульсацію периферичних артерій.

Помилки при накладанні м'яких пов'язок

• Якщо пов'язка накладена туго, то можуть виникнути посиніння, набряк шкіри, зниження температури дистального відділу кінцівки, неприємні відчуття, пульсуючий біль, може посилитися кровотеча з рани, яка розміщена нижче накладеного бинта (феномен венозного джгута). Інколи можуть розвинути неврити, змертвіння окремих ділянок або гангрена кінцівки. При транспортуванні потерпілого з втратою свідомості взимку, може наступити відмороження дистального відділу кінцівки. У випадку появи вищевказаних ускладнень пошкодженій кінцівці надають підвищеного положення. Якщо не настає покращення, пов'язку частково розсікають.

• При бинтуванні кінцівок одні тури бинта можуть бути накладені надто туго, інші – недостатньо туго, тому пов'язка легко стає непридатною. Таку пов'язку краще замінити.

• Цілісність пов'язки легко порушується, якщо не зроблені перші закріплюючі тури. Таку пов'язку необхідно підбинтувати, а потім прошити тури бинта нитками.

• При слабкому натягу бинта пов'язка може швидко сповзти. Її краще замінити.

Основні типи бинтових пов'язок

Будь-яка пов'язка складається з простих ходів бинта. На початку і в кінці бинтування накладають фіксуючі циркулярні тури бинта.

Кругова (циркулярна) пов'язка (*fascia circularis*) (рис. 13) складається з кількох циркулярних ходів бинта, які накладаються на одне і теж місце, повністю прикриваючи всі попередні тури. Таку пов'язку накладають на

частини тіла, форма яких подібна до циліндра (голова, плече, нижня третина гомілки, фаланги пальців, променево-зап'ястний суглоб).

Спіральна пов'язка (*fascia spiralis*) (рис. 14) застосовується при необхідності забинтувати значну ділянку тіла. Таку пов'язку накладають знизу вверх, спочатку – 2-3 циркулярні тури, а потім їх направляють косо вверх з розрахунку, що кожен наступний тур має закривати $\frac{2}{3}$ ширини попереднього. Як правило, таку пов'язку накладають на частини тіла, які мають циліндричну форму (тулуб, плече, нижня частина гомілки і передпліччя).

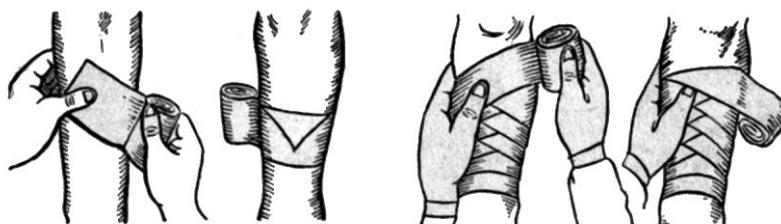


Рис. 13. Кругова
бинтова пов'язка.

Рис. 14. Спіральна
бинтова пов'язка.

При різній товщині сегментів кінцівки (гомілка-стегно, передпліччя-плече) досягнути щільного прилягання бинта неможливо, тому спіральну пов'язку необхідно накладати з перегинами. У місці невідповідності туру бинта і поверхні, яку бинтують, притримують нижній край бинта першим пальцем лівої руки, а правою рукою роблять перегин в напрямку до себе на 180° . При цьому верхній край бинта стає нижнім, а нижній – верхнім. Хід бинта продовжують до місця фіксації першим пальцем попереднього туру. При наступному турі перегин бинта повторюють. Перегини бинта повинні знаходитись на одній лінії, бажано збоку від місця пошкодження. Перегини бинта виконують до тих пір, поки бинтують частину тіла, яка має форму конуса.

Повзуча пов'язка (*fascia serpenes*) нагадує спіральну (рис. 15).



Рис. 15. Повзуча
бинтова пов'язка.

Після закріплювальних турів бинт накладають гвинтоподібно так, щоб його тури не дотикались. Проміжки між турами бинта повинні

приблизно відповідати ширині бинта. Повзуча пов'язка менш міцна, ніж спіральна, тому її застосовують для тимчасового утримання перев'язувального матеріалу на кінцівках при їх пошкодженні на значному проміжку.

При накладанні пов'язки, треба намагатися не завдати зайвого болю. Бинт тримають у правій руці і розкручують його, не відриваючи від пов'язки, яку підтримують лівою рукою. Бинтують зліва направо, кожним наступним обертом (туром) перекривають попередній наполовину. Пов'язку накладають не дуже туго (за винятком тих випадків, коли потрібна спеціальна туга), щоб не порушити кровообігу, проте й не слабко, щоб не сповзала з рани.

Скатана частина бинта називається головою, вільний кінець – початком. Стерильні бинти герметично упаковані у пергаментний папір.

Серветки стерильні це складені в декілька шарів чотирикутні шматки марлі, герметично упаковані в пергаментний папір (по 20 штук в упаковці). Розмір великих серветок — 70 x 68 см, маленьких — 68 x 35 см.

Пов'язки на голову, груди, плечові, ліктьові, колінні, гомілковостопні суглоби, на кисті й стопи, на промежину накладають косинкою. Якщо косинки не стерильні, то на поранену поверхню спочатку накладають стерильні бинти чи серветки і фіксують їх косинкою.

Якщо перев'язувальних матеріалів недостатньо чи немає зовсім, використовують підручні засоби.

Особливо зручні економні пов'язки за Маштафаровим. Для них користуються шматками тканини (з простирадла, сорочки тощо) різної величини, надрізавши їх кінці для шворок. Спочатку на рану накладають стерильний бинт або серветку (якщо необхідно, то і вату), а потім шматком тканини зі шворками закріплюють пов'язку.

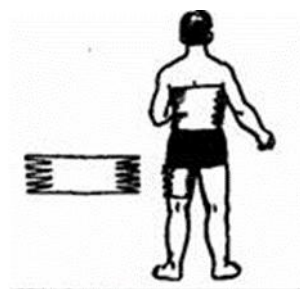


Рис. 16. Пов'язки за Маштафаровим.

Викладач на занятті розповідає і показує, як правильно підготувати індивідуальний пакет до надання першої допомоги (вправа 1).

Пакет перев'язувальний індивідуальний складається з двох ватно-марлевих подушечок розміром 32x17,5 см, бинта розміром 10 см x 7 м

(рис. 17). Одна подушечка пришита на кінці бинта, а друга вільно пересувається по ньому. Подушечки і бинт стерильні, упаковані в пергаментний папір. Зовнішній чохол пакета виготовляється з прогумованої тканини. Така подвійна упаковка перев'язувального матеріалу забезпечує надійне збереження його стерильності. У пакет вкладається шпилька. На чохлах написано правила користування пакетом. Накладаючи пов'язку, пакет беруть у ліву руку, правою рукою по лінії надрізу відкривають зовнішній чохол і виймають внутрішню упаковку. Вийнявши шпильку, знімають папір і розгортають перев'язувальний матеріал, не торкаючись руками внутрішньої поверхні подушечок, тобто тієї поверхні, що прикладатиметься до рани. Той, хто надає допомогу, може братися руками лише за прошиту кольоровими нитками поверхню подушечок. Подушечку прибинтовують, кінець бинта закріплюють шпилькою.

Усі виконують вправу 1, як показав викладач.

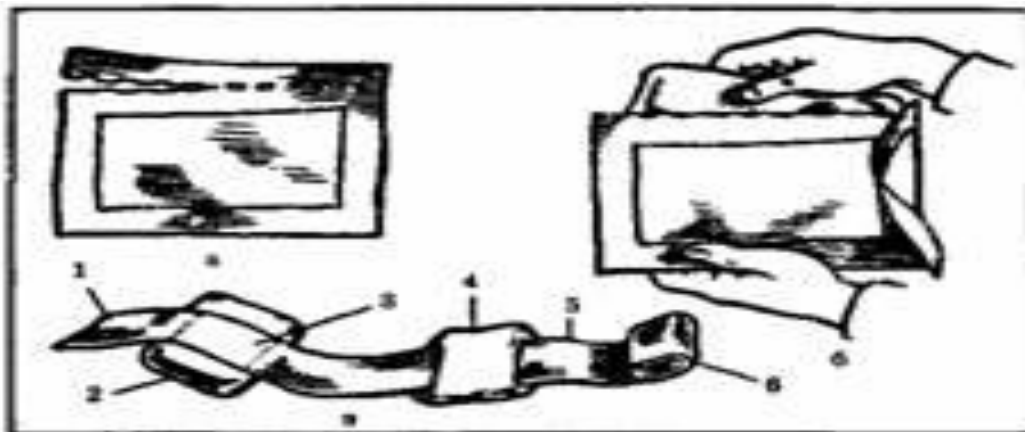


Рис. 17. Пакет перев'язувальний індивідуальний.

Оцінка показників:

Відмінно – 25 сек.

Добре – 30 сек.

Задовільно – 35 сек.

Помилка, яка знижує оцінку на один бал:

– Студент не закріпив шпильку до одягу.

– Порушена стерильність «подушечок».

Накладання пов'язок на голову. Викладач демонструє пов'язку у вигляді чепчика (вправа 2).

При травмах голови можуть накладатися різного виду бинтові пов'язки і пов'язки з використанням косинок, стерильних серветок і липучого пластиру. Вибір пов'язки залежить від розміщення і характеру рани.

Якщо поранено волосисту частину голови, то накладають **пов'язку «чепець»** (рис. 18), закріплюють її смужкою бинта (зав'язкою) за нижню щелепу. Від бинта відрізають шматок завдовжки до 1 м, кладуть його середню частину на тім'я поверх стерильної серветки, що закриває рану, кінці опускають вертикально донизу попереду вух і утримують в натягнутому стані.

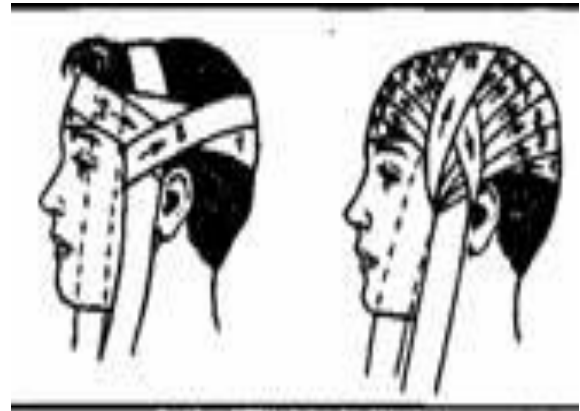


Рис. 18. Пов'язка «чепець».

Навколо голови роблять коловий закріплюючий хід, дійшовши до зав'язки, обертають бинт навколо неї і ведуть косо на потилицю.

Чергують ходи бинта через потилицю і через лоб, і щоразу направляють його більш вертикально, закривають усю волосисту частину голови. Після цього двома-трьома коловими ходами закріплюють пов'язку. Кінці зав'язки бантом зав'язують під підборіддям.

Усі студенти виконують вправу 2, як показав викладач.

Оцінка показників:

Відмінно – 1 хв 50 сек.

Добре – 2 хв.

Задовільно – 2 хв 10 сек.

Помилка, яка знижує оцінку на один бал:

- Не правильне положення бинта в руках студента.
- Пов'язка накладена слабо (сповзає) або при її накладанні утворюються кишені, складки.
- Пов'язка не закріплена або закріплена вузлом над раною.

На ніс, лоб і підборіддя накладають пращеподібну пов'язку (рис. 19)

– *вправа 3.* Під пов'язку на поранену поверхню обов'язково підкладають стерильну серветку чи бинт.

Пращеподібна пов'язка накладається на ніс або підборіддя, а також на все обличчя. Ширина пов'язки повинна бути достатньою, щоб вона могла закрити відповідну пошкоджену частину обличчя або все обличчя. Довжина пов'язки повинна становити близько півтора кола голови. З двох кінців розрізають пов'язку вздовж, залишаючи середину цілою (наприклад, за розміром підборіддя). Нерозрізану частину накладають на рану, перехрещують кінці з обох сторін і зав'язують їх ззаду.



Рис. 19. Пращеподібна пов'язка.

Усі студенти виконують вправу 3, як показав викладач.

Оцінка показників:

Відмінно – 30 сек.

Добре – 40 сек.

Задовільно – 1 хв.

Помилка, яка знижує оцінку на один бал:

– Не перехрещені кінці пов'язки при накладанні.

Вправа 4. При пораненні шиї, гортані або потилиці накладають **хрестоподібну пов'язку** (рис. 20).

Коловими ходами бинт спочатку закріплюють навколо голови, потім вище лівого вуха і позаду нього опускають бинт косо вниз на шию. Далі бинт ведуть по правій бічній поверхні шиї, закривають ним її передню поверхню і повертаються на потилицю, проходять вище вух, повторюючи зроблені ходи. Пов'язка закріплюється ходами бинта навколо голови.



Рис. 20. Хрестоподібна пов'язка.

Вправа 5. Пов'язка на одне око – монокулярна (рис. 21). Спочатку накладають горизонтальні закріплюючі тури навколо голови. Потім в області потилиці бинт ведуть вниз під вуха і проводять косо вгору по щоці

на постраждали очі. Третій хід (закріплює) роблять навколо голови. Четвертий і наступні ходи чергують таким чином, щоб один хід бинта йшов під вухо на уражене око, а наступний був закріплюючим. Бинтування закінчують круговими ходами на голові.

Пов'язка на праве око бинтується зліва направо, на ліве око – справа наліво.

Пов'язка на обидва ока – бінокулярна (рис. 21). Починається круговими закріплюючими турами навколо голови, потім так само, як і при накладанні пов'язки на праве око. Після чого хід бинта ведуть зверху вниз на ліве око. Потім бинт направляють під ліве вухо і по потиличній області під праве вухо, по правій щоці на праве око. Тури бинта зміщуються донизу і до центру. З правого ока хід бинта повертається над лівим вухом на потиличну область, проходить над правим вухом на лоб і знову переходить на ліве око. Пов'язку закінчують круговими горизонтальними турами бинта через лоб і потилицю.

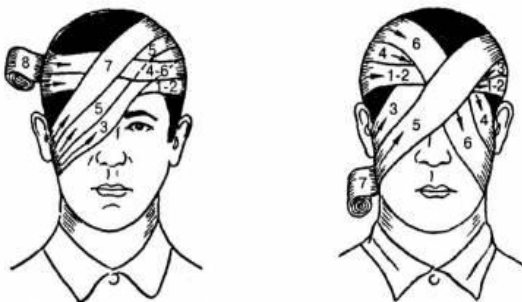


Рис. 21. Пов'язки на око/обидва ока.

Усі студенти виконують вправи 4, 5 як показав викладач.

Оцінка показників:

Відмінно – 1 хв 25 сек.

Добре – 1 хв 35 сек.

Задовільно – 1 хв 45 сек.

Помилка, яка знижує оцінку на один бал:

– Ті ж, що і при накладанні пов'язки на голову.

Вправа 6. На груди накладають спіральну або хрестоподібну пов'язку. Для **спіральної пов'язки** (рис. 22) відрізають шматок бинта завдовжки до 1,5 м, кладуть його на здорове передпліччя і залишають його кінці вільно звисати на грудях. Потім, починаючи знизу зі спини,

спіральними ходами бинтують грудну клітку. Кінці відрізаного бинта зв'язують.

Хрестоподібну пов'язку на груді накладають знизу двома-трьома коловими фіксуючими ходами бинта (1-2), далі – зі спини справа на ліве передпліччя (3), потім коловим фіксуючим ходом (4) знизу через праве передпліччя (5), знову навколо грудної клітки. Кінець бинта останнього колового ходу закріплюють шпилькою.

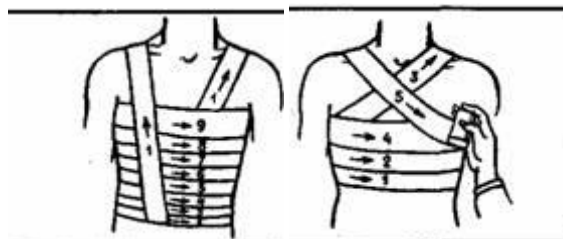


Рис. 22. Пов'язки на груді.

Усі студенти виконують вправу 6, як показав викладач.

Оцінка показників:

Відмінно – 2 хв 40 сек.

Добре – 2 хв 50 сек.

Задовільно – 3 хв.

Вправа 7. Фіксуєча пов'язка на плечовий суглоб.



Рис. 23.

Колосовидна
пов'язка.

Починають пов'язку на грудній клітці, пахвовій області протилежній хворому суглобу. 1-й тур накладається навколо грудної клітини, 2-й тур – від пахвової області по грудях на плече, 3-й – навколо плеча, на спину, до пахвової області. Усі наступні тури в тому ж порядку накладаються доти, поки бинт не закріє дві третини надпліччя. Така пов'язка називається **колосовидною**, так як малюнок бинта на плечі нагадує колосок. **Колосовидну пов'язку** можна накласти і на тазостегновий суглоб (рис. 23).

На плече і передпліччя накладають **спіральні пов'язки**, бинтуючи знизу вгору і періодично перекручуючи бинт. Пов'язку на ліктьовий суглоб починають двома-трьома ходами бинта через ліктьову ямку (1-3) і далі ведуть спіральними ходами бинта, по чергово то на передпліччя (4, 5,

8, 9, 12), то на плече (6, 7, 10, 11, 13) з перехрещуванням у ліктьовій ямці (14).

Колосоподібну пов'язку на плечовий суглоб накладають, починаючи від здорового боку з пахової ямки по грудях (1) і зовнішній поверхні пошкодженого плеча ззаду через пахову ямку на плече (2), далі по спині через здорову пахову ямку на груди (3) і, повторюючи ходи бинта (4), поки вони не закриють весь суглоб, закріплюють кінець бинта на грудях шпилькою.

Усі студенти виконують вправу 7, як показав викладач.

Оцінка показників:

Відмінно – 1 хв 30 сек.

Добре – 1 хв 40 сек.

Задовільно – 1 хв 50 сек.

Вправа 8. Накладання пов'язок на живіт.

Серед травм живота найнебезпечнішими для життя потерпілого є **проникаючі рани**. Вони можуть призвести до випадіння внутрішніх органів, петель кишок і сальника, до виникнення сильних кровотеч.

Якщо **випали внутрішні органи**, їх не можна вправляти у черевну порожнину. Рану закривають стерильною серветкою чи стерильним бинтом навколо внутрішніх органів, що випали. На серветку кладуть м'яке ватно-марлеве кільце і накладають не дуже тугу пов'язку. Потерпілому з **проникаючою раною живота** ні в якому разі не можна давати пити, дозволяється лише змочити губи водою. На верхню частину живота накладається стерильна пов'язка (послідовними коловими ходами знизу вгору).

На нижній частині живота звичайно пов'язка сповзає, **тому на живіт і пахову частину** тіла накладають колосоподібну пов'язку (рис. 24). Її починають з колових ходів навколо живота (1-3), потім хід бинта по зовнішній поверхні стегна (4) переводять у хід навколо стегна (5), знову проводять по зовнішній поверхні стегна (6) і далі знову роблять колові ходи навколо живота (7).

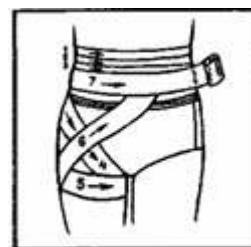


Рис. 24.

Колосоподібна пов'язка.

На значні **опіки живота** накладають косинкові пов'язки (рис. 25).

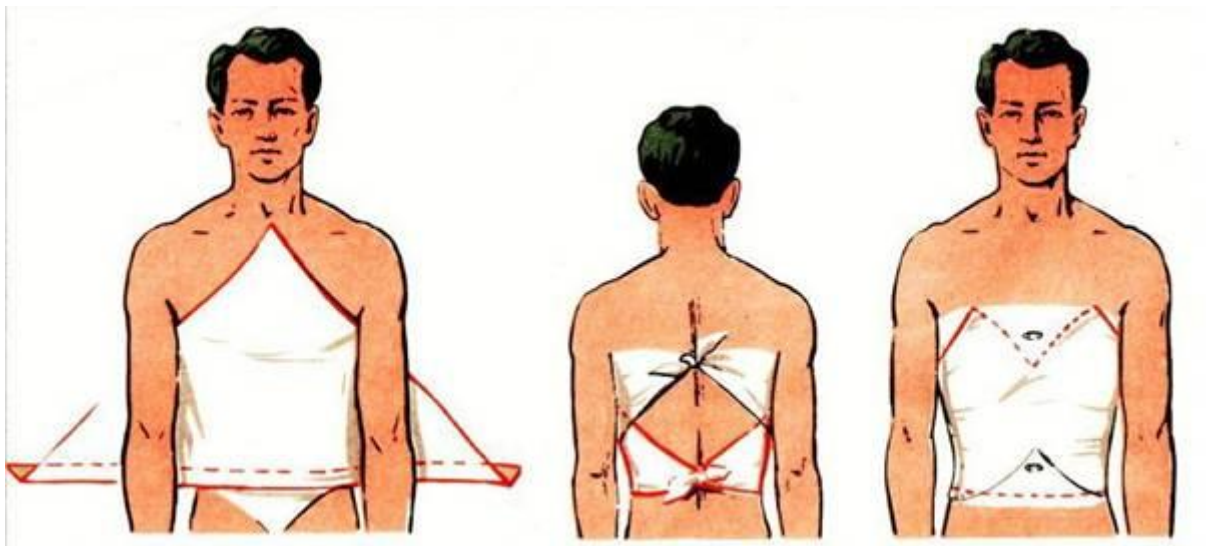


Рис. 25. Косинкові пов'язки на живіт.

Вправа 9. Демонстрація викладачем: пов'язки на *верхні кінцівки*. Накладають спіральні, колосоподібні, хрестоподібні пов'язки.

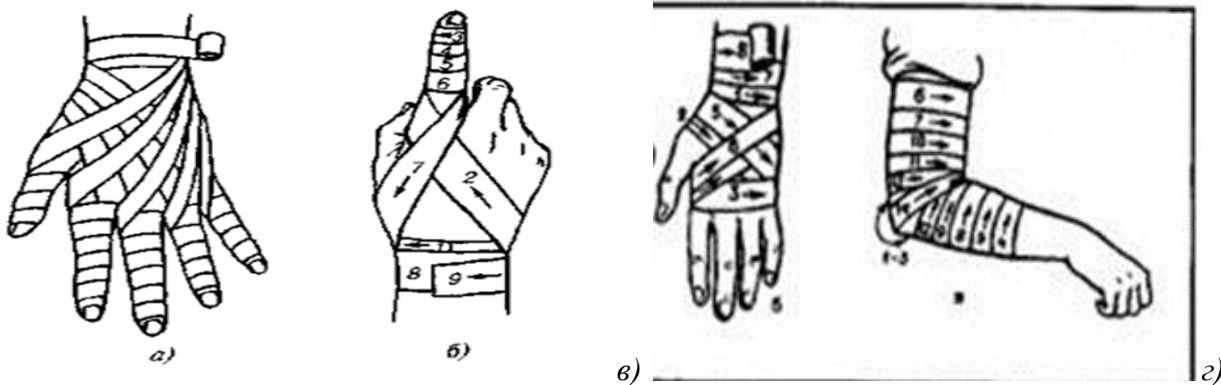


Рис. 26. Різні типи пов'язок на верхню кінцівку.

Пов'язка на пальці починається з накладення 3-х закріпних турів на променево-зап'ястковому суглобі. Потім бинт ведуть по тилу кисті до нігтьової фаланги пораненого пальця і спіральними турами закривають всю поверхню пальця до його основи. Після чого бинт по тилу кисті тягнуть до променево-зап'ясткового суглобу і роблять один оберт навколо нього. І так бинтується кожен палець (рис. 26 а).

Спіральну пов'язку на палець починають ходом навколо зап'ястка (1), далі бинт ведуть із тильного боку кисті до нігтьової фаланги (2), роблять спіральні ходи бинта від кінця до початку пальця (3-6) і зворотним ходом по тильній поверхні кисті (7) закріплюють бинт на зап'ястку (8-9) (Рис. 26 б).

Увага! Всі тури бинта ведуть по тильній стороні кисті, долоня повинна бути вільна від бинтів! Пов'язка на кисть накладається так, як і пов'язка на променево-зап'ястковий суглоб.

Пов'язка на кисть «Рукавичка». Таку пов'язку застосовують у тих випадках, коли необхідно бинтувати кожен палець окремо, наприклад, при великих опіках, запальних або шкірних захворюваннях кисті.

Починають пов'язку з фіксуючих циркулярних турів навколо променево-зап'ясткової області, а потім бинт направляють по тильній поверхні до нігтьової фаланги 5-го пальця лівої руки (на правій руці бинтування починають з 2-го пальця). Спіральними турами закривають його і повертаються по тилу кисті до зап'ястя. Зробивши коло навколо зап'ястя, переходять по тильній поверхні на 4-й палець. Забинтовують його, а потім по черзі, у тій самій послідовності, бинтують 3-й і 2-й пальці. На 1-й палець накладають колосовидну пов'язку. Перехід бинта з пальця на палець здійснюють по тильній поверхні, долоня ж залишається вільною. У закінченому вигляді пов'язка нагадує рукавичку. Якщо перехідні тури будуть йти по долоні, то при русі кисті пов'язка швидко розмотується і сповзає. Закінчують пов'язку циркулярними турами навколо променево-зап'ясткової області.

Усі студенти виконують вправи 8, 9, як показав викладач.

Оцінка показників:

Відмінно – 1 хв 40 сек.

Добре – 1 хв 50 сек.

Задовільно – 2 хв.

Вправа 10. Фіксуєча пов'язка на ліктьовий суглоб. Накладається на зігнутий під прямим кутом ліктьовий суглоб. Починають бинтування з накладання закріплюючих турів на плечі, потім ведуть бинт через ліктьовий згин на передпліччя і роблять два кругових тура навколо нього. Потім бинт ведуть через ліктьовий згин на плече і наступний тур накладають на попередній, закривши його на дві третини. Цей порядок бинтування повторюють до тих пір, поки всі тури не зійдуться в ліктьовому згині (рис. 26 г).

Усі студенти виконують вправу 10, як показав викладач.

Оцінка нормативних показників:

Відмінно – 1 хв 15 сек.

Добре – 1 хв 25 сек.

Задовільно – 1 хв 35 сек.

Вправа 11. Накладання пов'язок на нижні кінцівки

Пов'язку на п'яту накладають так (рис. 27):

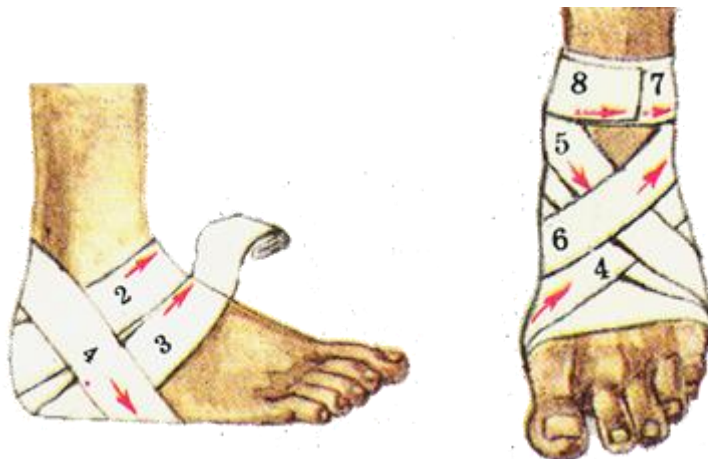


Рис. 27. Пов'язка на п'яту.

першим ходом бинта через ту її частину, що найбільше виступає (1), далі по черзі вище (2) і нижче (3) першого ходу бинта, а далі – для фіксації роблять косі (4) і вісімко-подібні (5) ходи бинта. **На гомілковостопний суглоб** накладають вісімко-подібну пов'язку. Перший фіксуючий хід бинта роблять вище щиколотки (1), далі – вниз на підощву (2) і навколо стопи (3), потім бинт ведуть по тильній поверхні стопи (4) вище щиколотки, повертаються (5) на стопу і на щиколотку (6) й закріплюють кінець бинта коловими ходами (7 і 8) вище щиколотки. На гомілку і стегно спіральні пов'язки накладають так само, як на передпліччя і плече.

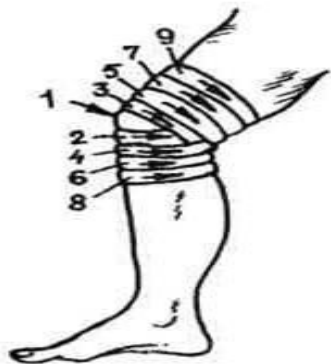


Рис. 28.

Пов'язку на колінний суглоб починають із колового ходу через надколінну чашечку, а потім ходи бинта йдуть по чергово нижче і вище, перехрещуючись у підколінній ямці (рис. 28). Усі студенти виконують вправу 11, як показав викладач.

Оцінка показників:

Відмінно – 1 хв 15 сек.

Добре – 1 хв 25 сек.

Задовільно – 1 хв 35 сек.

3. Тести для самоконтролю знань-умінь

1. До лікаря звернувся хворий з нагноєнням рани, що розташована на задній поверхні шиї. Яку пов'язку потрібно накласти?
 1. циркулярну
 2. колосовидну
 3. чепець
 4. спіралевидну
 5. хрестоподібну
2. У хворого має місце післяопераційна рана епігастральної ділянки. Яку пов'язку використати для попередження інфікування рани?
 1. бинтова
 2. марлева
 3. клейова
 4. цільна
 5. циркулярна
3. У хворого чисельні кусані рани правого передпліччя. Яка пов'язка найбільш зручна?
 1. клейова
 2. пластирна
 3. спіральна з перегином бинтова
 4. циркулярна
4. Під час швидкої ходьби у хворого підвернулась ступня. Накладанням якої пов'язки можна полегшити її стан?
 1. зворотна на ступню
 2. вісімко-подібна
 3. колосовидна
 4. повзуча
5. У хворого має місце рана верхньої третини лівого стегна. Яку пов'язку необхідно йому накласти?
 1. Т-подібна
 2. вісімко-подібна
 3. пращевидна
 4. колосовидна

- 6. Хлопчик упав лицем на землю і одразу з'явилась кровотеча з носа. Яку пов'язку потрібно накласти для надання першої допомоги потерпілому?**
1. ніяка
 2. давяча
 3. працевидна
 4. спеціальна
 5. пластирна
- 7. У потерпілого мають місце п'ять ран в області волосистої частини голови. Яку пов'язку йому накласти?**
1. косинкова
 2. пластирна
 3. клейова
 4. вуздечка
 5. чепець
- 8. У потерпілого перелом нижньої щелепи. Яку бинтову пов'язку необхідно накласти при наданні невідкладної допомоги?**
1. чепець
 2. працевидна
 3. шапочка Гіппократа
 4. вуздечка
 5. косинкова
- 9. У хворій розкрито гнійний мастит правої молочної залози. Яку пов'язку краще всього застосовувати?**
1. Дезо
 2. спіральна на грудну клітину
 3. циркулярна на грудну клітину
 4. підтримуюча на молочну залозу
 5. давяча на молочну залозу
- 10. Хворому з вивихом плеча необхідно надати першу домедичну допомогу. Яку пов'язку йому необхідно накласти?**
1. бинтова
 2. косиначна
 3. гіпсова
 4. колосовидна на плече

- 11. Найбільш грубою помилкою при накладанні пов'язки на ділянку шиї є:**
1. досить вільна
 2. не закріплена
 3. туга
 4. використано широкий бинт
 5. накладена з дуже великою кількістю турів
- 12. Якою бинтовою пов'язкою фіксується перев'язувальний матеріал на верхній кінцівці?**
1. циркулярною
 2. колосовидною
 3. поворотною
 4. черепащачою
- 13. Яка пов'язка використовується на область надколінника?**
1. спіральна
 2. черепащача
 3. повзуча
 4. хрестоподібна
 5. циркулярна
- 14. Перев'язувальний матеріал на грудній клітці фіксується пов'язкою:**
1. колосовидною
 2. черепащачою
 3. циркулярною
 4. спіральною
- 15. Вкажіть правило, яке повинно бути виконано при бинтуванні:**
1. знаходитися позаду хворого
 2. дивитися на обличчя хворого та бинтувати
 3. дивитися тільки на ту частину, де бинтують
 4. слідкувати за діями помічника та бинтувати
 5. дивитися на обличчя хворого та на ту частину, яку бинтують
- 16. Для того, щоб зняти присохлу до рани пов'язку використовують:**
1. ефір
 2. перекис водню

3. спирт
 4. хлорамін
 5. клеол
- 17. Які помилки зустрічаються при накладанні м'яких пов'язок?**
- 18. Показанням для заміни пов'язки буде:**
1. різка блідість шкіри
 2. суха пов'язка
 3. значне промокання пов'язки кров'ю
 4. біль у ділянці рани
- 19. Виберіть пов'язку, яку застосовують при переломі ключиці:**
1. черепащача
 2. чепець
 3. поворотна
 4. спіральна
 5. Дезо
- 20. При розтягненні зв'язок у гомілковостопному суглобі Ви застосуєте пов'язку:**
1. поворотну
 2. черепащачу
 3. хрестоподібну
 4. повзучу
 5. колосоподібну
- 21. Як називається пов'язка, при якій кожен палець кисті забинтований окремо?**
1. циркулярна
 2. спіральна
 3. «лицарська рукавичка»
 4. Дезо
 5. вуздечка
- 22. Пацієнту з термічним опіком тильної поверхні китиці II ступеня слід накласти пов'язку:**
1. спіральну
 2. «лицарську рукавичку»
 3. хрестоподібну
 4. поворотну
 5. колосоподібну

4. СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ

1. У потерпілої забійні рани передпліччя, деформація в ділянці зап'ястка; скаржиться на сильний біль і неможливість рухати травмованою кінцівкою. Як слід накладати пов'язку потерпілій?

2. У пацієнта карбункул потиличної ділянки. Якою пов'язкою доцільно зафіксувати перев'язувальний матеріал після розкриття гнійника?

3. У хворого, 27 років, рана в області волосистої частини голови з пошкодженням правого ока і перелом ключиці справа. Які пов'язки для зупинки кровотечі, іммобілізації плечового поясу ви накладете?

4. У хворого виявляється рана у ділянці лівого променево-зап'ясткового суглоба. Яку пов'язку слід використати для надання допомоги?

5. У хворого діагностовано вивих плеча. Яку пов'язку слід використати для надання першої домедичної допомоги?

6. У хворого гнійна рана задньої поверхні шиї. Яку бинтову пов'язку слід використати у даному випадку?

7. У хворого множинні рани волосистої частини голови? Яку пов'язку доцільно накладати даному хворому?

Наприкінці заняття викладач підсумовує отримані студентом бали, робить висновки, надає домашнє завдання для відпрацювання отриманих навичок удома.

Словник термінів

Пов'язка – це перев'язувальний матеріал, яким закривають рану. Процес накладання пов'язки на рану називають перев'язкою.

Перев'язки — лікувальні заходи при пораненнях, виразках та інших порушеннях шкірних покрівів.

Бинт — це смужка марлі в згорнутому вигляді.

Серветки стерильні — це складені в декілька шарів чотирикутні шматки марлі, герметично упаковані в пергаментний папір.

Десмургія – вчення про пов'язки.

Тури – хід пов'язки.

ВИСНОВКИ

Заходи домедичної допомоги при пораненнях повинні покращувати процеси регенерації і створювати несприятливі умови для розвитку мікроорганізмів у рані. У комплекс лікувальних заходів включають засоби, що діють місцево на рану, і загальні, що діють на весь організм. І ті, й інші повинні сприяти поліпшенню умов природного перебігу ранового процесу. Вони повинні бути різні при свіжих і гнійних ранах, у різних фазах перебігу ранового процесу, а також у різних проявах процесу.

Нами розглянуті переломи, вивихи, поранення, симптоми, причини виникнення, а також наведено деякі типи класифікацій. Докладно описані способи надання першої допомоги. У разі надання першої допомоги при травмах головне не розгубитися, а навпаки, діяти швидко, зосереджено, точно й акуратно, для того щоб хворий насправді відчув полегшення після перенесеної травми.

Будьте завжди уважними до чужого болю! Не проходите мимо!
Завжди залишайтеся Людиною!

ЛІТЕРАТУРА

1. Анкин Л. М., Анкин Н. Л. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения. – М.: Книга-плюс, 2002.– 480 с.
 2. Десмургія – вчення про пов'язки [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://medbib.in.ua/desmurgiya-uchenie-povyazkah.html>
 3. Кашигина Е. А., Панфилов В. Н., Никифорова Е. А. Учебно-методическое пособие по травматологии и ортопедии. – М.: ВУНМЦ, 2002. – С. 4-38.
 4. Корнилов Н. В. Травматология и ортопедия: Учебник для студентов медицинских ВУЗов. – СПб.: «Гиппократ», 2001 –786 с.
 5. Надання першої медичної допомоги при переломах. Електронний ресурс. Режим доступу: http://medcenter.at.ua/publ/zakriti_ushkodzhennja/podannja_pershoji_medichnoji_dopomogi_pri_perelomakh/3-1-0-18
 6. Накладання пов'язок. [Електронний ресурс]. - Режим доступа:<http://medbib.in.ua/desmurgiya-uchenie-povyazkah.html>
 7. Пантьо В. І. Загальна хірургія / В. І. Пантьо, В. М. Шимон, О. О. Болдіжар // Навчальний посібник. – Ужгород: ІВА, 2010. – 464 с.
 8. Перша допомога при переломах. Електронний ресурс. Режим доступа: <http://www.zdorov.com.ua/Prof18.html>
 9. Правила накладання пов'язок [Електронний ресурс]. – Режим доступа:https://studfiles.net/preview/5342623/page:5/?hide_navigation=1
 10. Стеблюк М. І. Цивільна оборона та цивільний захист: Підручник / М. І. Стеблюк – К.: Знання-Прес, 2007. – 487 с.
 11. Супрович М. П. Безпека життєдіяльності: практикум / М. П. Супрович, Д. В. Сенюк, К. В. Замойська. – К.: Кондор, 2007. – 164 с.
 12. Тарасюк В. Медицина надзвичайних ситуацій. Організація надання першої медичної допомоги / В. Тарасюк, М. Матвійчук, В. Паламар. – К.: Медицина, 2015. – 528 с.
 13. Ужегов Г. Н. Зона особливої уваги: Перша допомога. – СПб.: «Видавництво Діля», 2002. – 224 с.
 14. Черняков О. Г. Медицина катастроф: навчальний посібник / О. Г. Черняков, І. В. Кочін, П. І. Сидоренко, В. Є. Букін, М. І. Костенецький. – К.: «Здоров'я». 2001. – 348 с.
- Малюнки взяті з мережі Інтернет.

Навчальне видання

**Гвоздїй Світлана Петрівна
Поліщук Любов Миронівна**

**ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ:
ПОРАНЕННЯ, ПЕРЕЛОМИ, ВИВИХИ**

Методичні рекомендації

до практичних занять та самостійної роботи з дисциплін
«Медико-санітарна підготовка», «Основи медичних знань», «Безпека
життєдіяльності та основи охорони праці», «Цивільний захист»
для студентів усіх спеціальностей та форм навчання

Видано в авторській редакції

Підп. до друку 03.09.2019. Формат 60x84/16
Умов.-друк.арк. 2,79. Тираж 25 прим.
Зам. № 1976.

Видавець і виготовлювач:
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова
Свідоцтво ДК № 4215 від 22.11.2011 р.
Україна, 65082, м. Одеса, вул. Єлисаветинська, 12
Тел.: (048)723 28 39. E-mail: druk@onu.edu.ua