

**Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія**

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри
медицини катастроф
та військової медицини
«___» _____ 2020
Протокол № 2 від 28.08.2020

Зав. Кафедри



К.В. Шепітько

**Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
під час підготовки до практичного (семінарського) заняття
та на занятті**

Навчальна дисципліна	Підготовка офіцерів запасу
Модуль № 1	Домедична допомога в екстремальних ситуаціях
Тема заняття	Види ушкоджень у бойових і небойових умовах. домедична допомога при пораненнях.
Курс	2
Факультет	Медичний №1, Медичний №2, стоматологічний.

1. ТЕМА

6. ВИДИ УШКОДЖЕНЬ У БОЙОВИХІ НЕБОЙОВИХ УМОВАХ. ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПОРАНЕННЯХ, ПЕРЕЛОМАХ.

Актуальність теми:

Шкіра захищає людину від негативних зовнішніх впливів (тертя, мікробів, розтягнення, тиску) та зневоднення організму. Вона багата на нервові закінчення і нервові волокна, які забезпечують її чутливість. Тому шкіру слід ретельно оберігати від поранень. **Рана** — це пошкодження, що характеризується порушенням цілісності шкіряного покриву, слизових оболонок, а іноді й глибоких тканин, яке супроводжується болем та кровотечею. За своїм походженням рани бувають вогнепальними, різаними, рубленими, колотими, забитими, рваними, вкушеними, операційними. Також розрізняють поверхневі і проникні поранення (коли пошкоджуються внутрішні оболонки черевної, грудної та інших порожнин).

2. Конкретні цілі:

У результаті вивчення теми студент повинен знати:

- причину та ознаки ран м'яких тканин;
- техніку накладання пов'язок;
- техніку накладання пов'язок при проникаючих пораненнях живота;
- особливості надання домедичної допомоги при відкритих переломах.

Компетентності та результати навчання, формуванню яких сприяє дисципліна (взаємозв'язок з нормативним змістом підготовки здобувачів вищої освіти, сформульованим у термінах результатів навчання у Стандарті).

Згідно з вимогами стандарту дисципліна забезпечує набуття студентами **компетентностей**:

-інтегральна: Здатність розв'язувати типові та складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми у професійній діяльності у галузі охорони здоров'я, або у процесі навчання, що передбачає проведення досліджень та/або здійснення інновацій та характеризується комплексністю та невизначеністю умов та вимог. Здатність особистості до організації інтегрального гуманітарного освітнього простору, формування єдиного образу культури або цілісної картини світу.

-загальні: Здатність застосовувати знання в практичних ситуаціях. Здатність до здійснення саморегуляції, ведення здорового способу життя, здатність до адаптації та дії в новій ситуації. Здатність до вибору стратегії спілкування; здатність працювати в команді; навички міжособистісної взаємодії. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу, здатність вчитися і бути сучасно навченим. Визначеність і наполегливість щодо поставлених завдань і взятих обов'язків.

-спеціальні (фахові, предметні): Здатність до проведення лікувально-евакуаційних заходів. Здатність до визначення тактики надання екстреної медичної допомоги. Навички надання екстреної медичної допомоги. Навички виконання медичних маніпуляцій.

Знати причини та ознаки ран м'яких тканин, проникаючих і непроникаючих ран черепа, грудної клітки, живота. Протекція ран м'яких тканин шляхом накладання пов'язок. Техніка накладання пов'язок при пораненнях черепа, ока, вуха, нижньої щелепи. Особливості поранення грудної клітки, поняття про пневмоторакс. Домедична допомога при відкритому і напруженому пневмотораксі. Специфіка пов'язок при проникаючих пораненнях живота. Особливості пов'язок при наявності стороннього тіла в рані.

Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція):

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1.Анатомія людини	Анатомія ділянки голови та шиї, анатомія грудної клітки , живота , тазу та кінцівок. Анатомія судинної системи.
2.Нормальна фізіологія	Фізіологічні основи функціонування органів дихання.

Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті:

- 1.Захист ран.
- 2.Техніка накладання пов'язок при пораненнях черепа, ока, вуха, нижньої щелепи.
- 3.Поранення грудної клітки.
- 4.Особливості накладення пов'язок при проникаючих пораненнях живота.
- 5.Накладання пов'язок при наявності стороннього тіла в рані.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Рана	порушення цілості шкіри або слизової оболонки з можливим ушкодженням прилеглих тканин.
Закритий пневмоторакс	скупчення повітря в плевральній порожнині , що супроводжується спаденням легкого та припиненням його вентиляції.
Відкритий пневмоторакс	скупчення повітря в плевральній порожнині при наявності зяючої рани і постійного присмоктування повітря при дихальних екскурсіях грудної клітини.
Клапанний напружений пневмоторакс	наростаюче скупчення повітря в плевральній порожнині, що супроводжується прогресуючим стисненням легені з пошкодженої сторони, а також здавленням протилежної легені, зміщення середостіння в здорову сторону
Колота рана	виникає від дії ножа, багнета, заточки, шила, пік. Ці рани мають невеликі зовнішні розміри при великій глибині. Іноді такі рани бувають наскрізними.
Вогнепальна рана	виникає внаслідок дії кулі вогнепальної зброї. Така рана має рановий канал, заповнений рановим

	детритом, сторонніми тілами. Мають зону травматичного некрозу тканин, а також зону молекулярного струсу.
Фаза запалення	характеризується ексудацією, розвитком запального набряку, некролізом, гідратацією.
Фаза проліферації	характеризується переважанням відновних, регенеративних процесів, утворенням грануляційної тканини, дегідратацією.
Фаза загоювання	це дозрівання рубцевої тканини та епітелізація рани.

Теоретичні питання до заняття:

1. Причини та ознаки ран м'яких тканин, проникаючих і непроникаючих ран черепа, грудної клітки, живота.
2. Особливості бойових поранень.
3. Захист ран.
3. Техніка накладання пов'язок при пораненнях черепа, ока, вуха, нижньої щелепи.
4. Поранення грудної клітки.
5. Особливості накладання пов'язок при проникаючих пораненнях живота.
6. Накладання пов'язок при наявності стороннього тіла в рані.

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Діагностика ран м'яких тканин;
2. Діагностика проникаючих ран;
3. Техніка накладання пов'язок на різні ділянки тіла;
4. Техніка пункції грудної клітки при напруженому пневмотораксі;
5. Техніка накладання різних видів оклюзійних пов'язок;
6. Техніка накладання пов'язок при сторонньому тілі в рані.

ЗМІСТ ТЕМИ:

Травматичні пошкодження черепа та головного мозку, під час проведення антитерористичної операції на сході України, складають 38,5% усіх травм і займають одне з перших місць за показниками летальності та інвалідизації серед військовослужбовців. Правильне надання домедичної допомоги при травмах голови попередить виникнення ускладнень, значно пришвидшить реабілітацію таких поранених та зменшить інвалідизацію.

Травма голови – будь-яке пошкодження у ділянці голови.

Причини травм голови.

дорожно-транспортні пригоди;
падіння з висоти;
вогнепальні пошкодження;
вибухові пошкодження.

Класифікація травм голови

Види травм голови:

1. Відкриті травми:
 - забої, гулі, рани, підшкірні крововиливи;
 - переломи кісток;
 - переломи мозкового відділу черепа;
 - переломи кісток лицьового відділу черепа.

Відкриті травми більше поширені у бойових умовах, на відміну від цивільних травм.

2. Закриті травми:

- перелом основи черепа;
- струс мозку;
- внутрішньочерепний крововилив.

Закриті травми поширені у військових операціях. Вибухові травми часто є власне закритими.

3. Скальповані.

Скальповані травми можуть бути закриті (контузія) чи відкриті (прокол, надрив чи розрив). Будь-яка скальпована рана може асоціюватися із переломом кісток черепа і ушкодженням головного мозку.

Відкриті скальповані рани супроводжуються масивною кровотечею, що доходить навіть до летальної крововтрати, проте у разі вчасно наданої допомоги вони зазвичай загоюються.

Крім того, травми голови підрозділяють на:

1. Тупа (закрита).

2. Проникна:

- внаслідок потрапляння кісткових фрагментів; - внаслідок вогнепального поранення; - ковзна (щодо черепа).

3. Первинна вибухова (надмірний тиск при ураженні центральної нервової системи).

За механізмом травми голови поділяють на:

1. Первинне ушкодження – функція енергії, котру передає мозку травмуючий агент.

2. Вторинне ушкодження – наслідок ураження головного мозку і системних фізіологічних змін через травматичну подію.

Підсилення особистих захисних засобів (напр., шоломи, пояси безпеки) – найважливіша профілактика.

Клінічні ознаки:

видимі пошкодження у ділянці голови (наявність ран, кровотеча, синців); головний біль; втрата або порушення свідомості; порушення пам'яті; запаморочення; нудота, блювання; порушення мови, дихання; порушення зору; асиметрія зіниць очей; відсутність або слабка реакція зіниць на світло; слабкість різних груп м'язів; прозорі виділення з носу та вух. **При травмах обличчя спостерігаються такі ознаки:**

1. *Тупа травма:* синці; переломи кісток; пошкодження нервів обличчя.

2. *Проникаюча травма:* масивна кровотеча; порушення прохідності дихальних шляхів; пошкодження лицьового нерва.

Одними із тяжких травм голови є перелом основи черепа та внутрішньочерепний крововилив.

Ознаки перелому основи черепа: втрата свідомості; носова кровотеча; витікання ліквору з вух; крововилив у навколо очні ділянки (симптом окулярів); послаблення слуху; асиметрія обличчя.

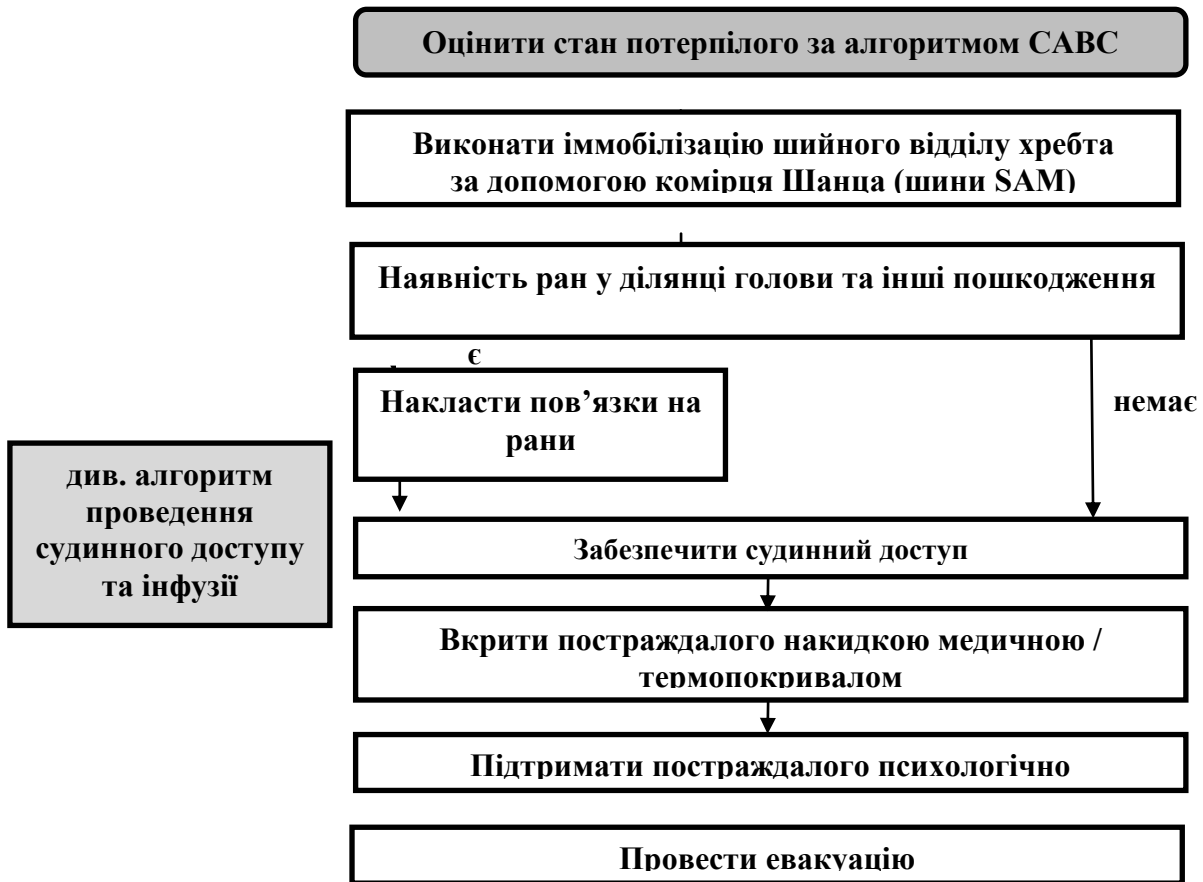
Клінічні ознаки внутрішньочерепного крововиливу:

головний біль; нудота, блювання; сонливість; запаморочення; сплутаність або відсутність свідомості; уповільнена мова або втрата мови; різниця величини зіниць; слабкість в кінцівках з одного боку тіла. У тяжких випадках можливі судоми та кома.

Надання домедичної допомоги при травмах голови (див. алгоритм надання домедичної допомоги при травмі голови)

Домедична допомога надається відповідно до наведеного вище алгоритму. Перш за все, необхідно почати оцінку стану потерпілого за алгоритмом САВС. При виявленні порушення прохідності дихальних шляхів сторонніми тілами треба їх обережно вибрати. Якщо потерпілий без свідомості або стан свідомості не стабільний, потрібно забезпечити дихання за допомогою назо- або орофаренгіальної трубки. Після цього, захистити шийний відділ хребта, використовуючи при цьому комірць Шанца, шину SAM або підручні засоби (одяг, ковдра, коліна або руки людини, яка допомагає). Зафіксувати голову у стабільному положенні. При наявності зовнішньої кровотечі, її зупинити способом пальцевого притискання або накладання давлучої пов'язки.

АЛГОРИТМ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАВМІ ГОЛОВИ (сектор укриття, сектор евакуації)



При наявності ран накласти пов'язки.

Наступним необхідно забезпечити судинний доступ (поставити внутрішньовенний катетер) і при ознаках гіповолемічного шоку почати вливати 0,9% фізіологічний розчин (при травмах голови зниження артеріального тиску та прискорення пульсу не характерно).

Потерпілого потрібно укутати накладкою медичною/термопокривалом і евакуювати, враховуючи тяжкість травми голови, до лікувального закладу для надання медичної допомоги.

Евакуація.

Потерпілих з травмою голови, у яких присутні ознаки порушення свідомості, потрібно евакуювати у положенні лежачи на спині з припіднятим головним кінцем на 30°. Під час евакуації необхідно забезпечити постійний нагляд за потерпілим. При цьому контролювати стан свідомості, наявність дихання, артеріальний тиск, пульс. При тяжких травмах голови евакуація здійснюється у спеціалізованій лікувальній заклад, де йому буде надана допомога нейрохірурга.

Травми очей.

Збереження очей і зору військовослужбовців – надзвичайно важливе завдання. Хоча ділянка очей невелика і не перевищує 0,1% загальної поверхні тіла людини, частота поранень органу зору у сучасних воєнних конфліктах досягає 2-8%, а питома вага ушкоджень очей в Антитерористичній операції становить 2,4%. В 20% випадків ушкодження очей асоціюються з черепно-мозковими пораненнями і травмами, ушкодженнями м'яких тканин обличчя та лицевого скелету. До 50% поранень ока є проникаючими. Збереження зору є одним з пріоритетів військової хірургії, тому правильне надання домедичної

допомоги військовослужбовцям з травмою очей у бойових умовах та їх швидка евакуація на етап спеціалізованої медичної допомоги є надзвичайно важливим, оскільки надалі може істотно зменшити показник інвалідності та запобігти виникненню ускладнень під час лікування і реабілітації таких поранених.

Види травм ока:

1. Механічні пошкодження: повіки; очної ямки; очного яблука.
2. Хімічні: опіки лугами; опіки кислотами.
3. Фізичні: променеві ушкодження, які можуть бути спричинені різнорізними променями (залежно від довжини хвилі) – інфрачервоними (плавильні печі), ультрафіолетовими (кварцева лампа, електрозварка), рентген (радіолокатор).

В залежності від кількості і локалізації ушкоджень тіла травми ока поділяються на: ізольовані, коли є ушкодження тільки органа зору; множинними, у випадку декількох ушкоджень голови; поєднаними коли має місце ушкодження орган зору та інших областей тіла; комбінованими, при впливі на орган зору декількох факторів ушкодження (при ядерному вибуху, мінно-вибухових пораненнях).

За процесними ознаками по відношенню до капсули травми ока розподіляються на відкриті й закриті.

Відкрита травма ока:

проникаюче поранення – одинична рана капсули ока, що спричинена гострим ранячим снарядом;

розрив (контузійний) – рана, викликана тупим предметом; внутрішньоочний сторонній предмет – уламок всередині ока, що призвів до рани капсули ока;

наскрізне поранення – дві (вхідна й вихідна) рани від вражаючого снаряду.

Руйнування ока – великі або множинні рани очного яблука, при яких неможливо відновити анатомічну цілісність капсули, його об'єм і функції. Руйнування може бути викликано гострими або тупими предметами або їх поєднаною дією.

Закрита травма ока: це непроникаюче поранення – ушкодження капсули не на всю товщину гострим або тупим предметом.

Непроникаюче поранення з наявністю поверхневого стороннього тіла на поверхні оболонки або в оболонках ока.

Контузія – ушкодження очного яблука тупим предметом із збереженням цілісності капсули ока.

За ступенем тяжкості: легкого, середнього та важкого.

Механічні травми ока.

До легких ушкоджень зараховують непроникні поранення повік, попадання стороннього тіла під повіку.

Клінічні ознаки: маленькі негострі предмети (смітинка, піщинка), затримуючись на кон'юнктиві, викликають гостре відчуття пекучості в оці, яке посилюється при заплющенні очей. Якщо стороннє тіло не видалити, виникає набряк кон'юнктиви, гіперемія, порушується функція зору.

Ушкодження середньої важкості: розрив або частковий відрив повіки, забиття очного яблука без порушення зору.

Тяжкими ушкодженнями вважаються проникаючі поранення очного яблука або його забиття зі зниженням зору, перелом кісток з западанням або вип'ячуванням очного яблука.

Ці ушкодження можуть виникати внаслідок проникаючих або тупих травм ока.

Спричинюють втрату зору внаслідок розриву структур очного яблука або вторинного інфікування.

Надання домедичної допомоги при механічних травмах ока.

Згідно з із запропонованим алгоритмом, що наведений вище, надання домедичної допомоги при травмах очей: після первинного обстеження за алгоритмом САВС, якщо поранений перебуває у клінічно стабільному стані, необхідно діагностувати ушкодження очей і надати пораненому відповідну домедичну допомогу в межах вторинного обстеження.

У разі незначного ушкодження ока пораненому потрібно накласти недавлячу пов'язку на травмоване око і повернути його до військового підрозділу (пов'язка не повинна торкатися очного яблука).

У разі виявлення незначного стороннього тіла в оці, обережно вилучити його.

УВАГА! Ні в якому разі не можна терти око, тому що це викликає ще більше подразнення.

Техніка вилучення стороннього тіла: спочатку оглядають кон'юнктиву нижньої повіки. Постраждалий повинен глянути вгору, водночас нижню повіку треба відтягнути донизу. Видаляють стороннє тіло цупким ватним тампоном. Видалення стороннього тіла з-під верхньої повіки складніше. Для цього необхідно, верхню повіку трохи відтягуючи на себе і вивернути.

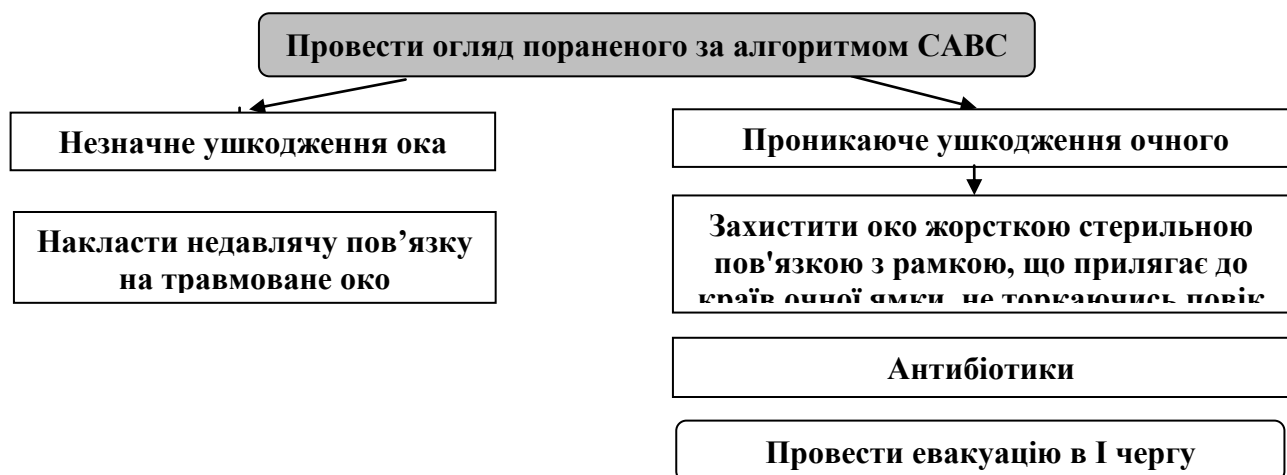
З метою профілактики інфекції після видалення стороннього тіла в око закачують 2-3 краплі розчину сульфацидаміду.

При проникаючих ушкодженнях очного яблука для збереження зору пораненого слід евакуювати у першу чергу. При цьому, постраждалому необхідно накласти жорстку асептичну пов'язку на око, щоб вона спиралася на край очної ямки і не торкалася повік. При пошкодженні лише одного ока, пов'язку накладають на поранене око, оскільки, маючи можливість бачити, такий потерпілий, у залежності від самопочуття, може продовжувати виконувати бойове завдання або самостійно дістатися до лікувального закладу, де йому буде надана медична допомога.

Алгоритм домедичної допомоги при травмі ока наведено нижче.

АЛГОРИТМ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАВМІ ОКА

(сектор укриття, сектор евакуації)



Після цього дати випити антибіотик, з метою попередження ранової інфекції.

При проникаючих ушкодженнях очного яблука санітарний інструктор повинен спланувати термінове (в межах 1 доби) направлення пораненого до лікаря-хірурга або офтальмолога.

Буває важко відрізнити важке ушкодження від незначного. У секторі укриття, у зв'язку з обмеженням у часі та недостатнім забезпеченням відповідним обладнанням, санітарний інструктор, буде діяти за принципом „перев'язи і евакуюй”.

Опіки ока.

Фізичні пошкодження ока (термічні опіки). Інтенсивність нагрівання тканин залежить від температури, фізичних характеристик діючого термічного агента, способу теплопередачі і тривалості нагрівання. Під дією високої температури відбувається теплове згорання тканинних білків, загибель клітин.

Клінічні ознаки: відчуття пекучого болю у очах, відчуття сухості кон'юнктиви (наче пісок в очах), сльозотеча, розширення судин кон'юнктиви, гіперемія ока.

Домедична допомога: вивести потерпілого з зони опромінення, закапати око розчином лідокаїну або місцевими анестетиками, накласти асептичну пов'язку на поранене око, направити до лікаря.

Хімічні пошкодження ока (хімічні опіки) можуть бути спричинені різноманітними хімічними речовинами – кислотами, лугами, розчинниками та іншими подразниками.

При цьому велике значення мають хімічний склад уражаючого агента, його концентрація та тривалість впливу.

Проникнення лугу в середину очного яблука пов'язане з можливістю катастрофічних ушкоджень внутрішньоочних структур.

При опіках кислотами в тканинах розвивається некроз. Кислоти менш ефективно проникають у тканини ока, ніж луги. Проте, якщо кислота проникає в більш глибокі тканини, це викликає ушкодження внутрішньоочних структур, як і при лужних опіках.

Клінічні ознаки: сильний біль, відчуття стороннього тіла в оці, світлобоязнь, сльозотеча, затуманення зір і значне його погіршення. Шкіра навколо очей червона, на ній можуть з'явитися пухирі. Кон'юнктива червона, набрякла. Рогівка стає каламутною, з сіруватим або (у важких випадках) молочним відтінком.

Глибина опіку очного яблука традиційно оцінюється по виразності помутніння рогівки.

Домедична розширена допомога: негайно знешкодити дію вражаючого чинника, після чого одразу промити око під струменем холодної води протягом 20 хв., накласти асептичну пов'язку та евакуювати до лікувального закладу.

Зміна характеру ведення сучасних збройних конфліктів і водночас удосконалення засобів захисту тіла зменшують кількість бойових травм хребта, живота та тазу. Але, незважаючи на підвищення надійності засобів захисту тіла, навіть непроникаючі травми хребта, живота і тазу залишаються потенційно смертельними ушкодженнями, оскільки можуть супроводжуватися значними внутрішніми кровотечами. Тому, швидке розпізнання, чіткі дії з надання домедичної допомоги та врахування особливостей евакуації потерпілих з травмами хребта, живота, тазу є необхідними умовами для забезпечення максимальної виживаності мості потерпілих.

Травми живота

Пошкодження живота бувають закриті й відкриті (проникаючі та непроникаючі; з ушкодженням внутрішніх органів і без ушкодження внутрішніх органів).

Закриті травми виникають в результаті впливу вибухової хвилі, при падінні з висоти, ударах у живіт, стиснення тулуба важкими предметами, уламками споруд та ін. Легкі травми можуть обмежуватися ізольованими забитими місцями й пошкодженнями черевної стінки – розривом м'язів, кровоносних судин тощо. Тяжкі травми живота супроводжуються пошкодженням органів черевної порожнини і позаочеревинного простору.

Відкриті травми найчастіше виникають при вогнепальних, колото-різаних пораненнях живота. До проникаючих поранень належать такі, що супроводжуються пошкодженням передньої черевної стінки з ураженням внутрішніх органів та крупних кровоносних судин. Такі поранення є небезпечними для життя потерпілих у зв'язку з розвитком масивної внутрішньої кровотечі та гнійних запальних процесів у черевній порожнині.

Гострі захворювання органів черевної порожнини, що лікуються лише оперативно. При гострих захворюваннях і травмах живота може розвинутися перитоніт, що викликає високу інтоксикацію організму і без ургентної (невідкладної) операції неминуче призведе до смерті хворого.

Їх поділяють на:

1). Захворювання, ускладнення захворювань і травми, які складають збірний діагноз – **ГОСТРИЙ ЖИВІТ:** закриті і відкриті травми живота, перитоніт, гострий апендицит,

защемлена грижа живота, ускладнення виразкової хвороби шлунка: перфоративна виразка, гостра шлунково-кишкова кровотеча, гостра кишкова непрохідність.

2). Захворювання, які при ускладненому перебігу можуть дати клініку гострого живота, або коли діагноз гострого живота при перебігу захворювань важко заперечити: гострий холецистит та гострий панкреатит.

Характерні симптоми:

– різкий біль в животі, що змушує потерпілого прийняти вимушене положення лежачи на боку із ногами, зігнутими у колінних і кульшових суглобах (так звана «поза ембріона»);

нудота, блювота вмістом шлунку або кров'ю;

спрага, сухий язик;

слабкий, прискорений пульс;

блідість шкірних покривів;

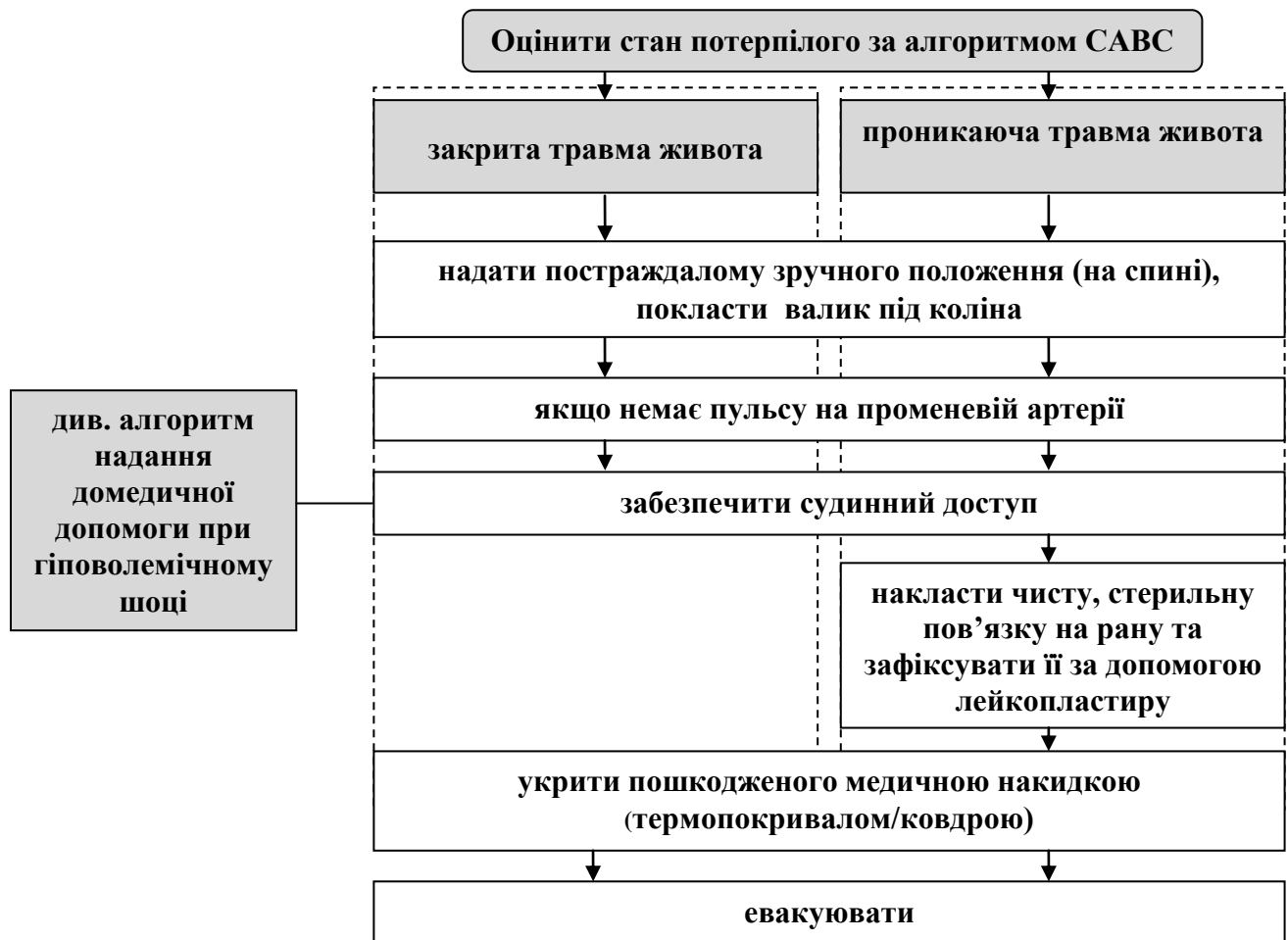
напружений, твердий як дошка живіт;

відсутність дихальних рухів передньої черевної стінки;

зовнішня кровотеча, випадання внутрішніх органів (при відкритих травмах).

Домедична допомога при травмах живота

АЛГОРИТМ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАВМІ ЖИВОТ
(сектор укриття, сектор вакуації)



- Заборонено:**
1. вправляти внутрішні органи в черевну порожнину;
 2. виймати з рани сторонні предмети;
 3. давати пити.

Матеріали для самоконтролю:

ТЕСТИ:

1. Постраждалий Т., 35 років через 30 хвилин доставлений у приймальне відділення лікарні після автошляхової катастрофи. При огляді лікарем встановлено: виражена підшкірна емфізема на шиї, обличчі і правій половині грудної клітки. Шкіра обличчя та слизові ціанотичні. Вени шиї напружені. При пальпації грудної клітки справа чітко визначається крепітація кісткових фрагментів. Дихання справа не прослуховується. Про яке ушкодження можна подумати в даному випадку?

1. *перелом ребер і закритий пневмоторакс
2. Перелом ребер
3. Відкритий пневмоторакс
4. Травма грудної клітки
5. Закритий пневмоторакс

2. Після падіння потерпіла К., відчула біль у верхній половині грудної клітки, функція верхньої кінцівки порушена, в ділянці ключиці помітна деформація. Який вид ушкодження?

1. *перелом ключиці

2. Перелом плечової кістки
 3. Вивих плечового суглоба
 4. Закрита травма грудної клітки
 5. Закритий пневмоторакс
3. Чоловік 60 р., впав на відведену праву руку, відмічається біль, кровотеча, в рані видніються кісткові уламки. Які заходи першої медичної допомоги?
1. *знеболення, накладання пов'язки, іммобілізація кінцівки
 2. накладання пов'язки
 3. оперативне лікування
 4. вправляння кісткових уламків, накладання пов'язки
 5. госпіталізувати до лікувальної установи
4. Внаслідок отримання удару в ділянку лицьової частини голови, у чоловіка 30 років, відмічається широко відкритий рот, постраждалий не може жувати, ковтання й мова ускладнені, нижня щелепа висунута вперед. З метою іммобілізації при пошкодженні нижньої щелепи можна застосувати:
1. *пов'язку "вудечка"
 2. Пов'язку Дезо
 3. хрестоподібну пов'язку
 4. пов'язку "чепець"
 5. шапочку Гіппократа
5. Внаслідок вибуху, постраждалий П., 4 години перебував під уламками зруйнованого будинку. Обидві здавлені нижні кінцівки вдалося звільнити з-під уламків лише через 6 годин. Розвиток якого патологічного процесу загрожує хворому?
1. *гостра ниркова недостатність
 2. фібріноліз
 3. метаболічний алкалоз
 4. септичний шок
 5. гіперкоагуляція з розповсюдженим тромбозом
6. Постраждалий Д., 45 років, отримав проникне поранення в живіт, внаслідок падіння на гострий предмет. Які заходи першої медичної допомоги потрібно виконати першочергово?
1. *Накласти асептичну пов'язку на рану, негайно госпіталізувати
 2. зупинити кровотечу
 3. Ввести знеболюючі
 4. видалити сторонні предмети з рани
 5. накласти джгут
7. За ступенем медичних наслідків визначають 5 категорій транспортних катастроф. I категорія – це:
1. до 3 потерпілих
 2. *до 5 потерпілих
 3. до 10 потерпілих
 4. 1 потерпілий
 5. немає правильної відповіді
8. За ступенем медичних наслідків визначають 5 категорій транспортних катастроф. II категорія – це:
1. 5-10 потерпілих
 2. *6-15 потерпілих
 3. 25 потерпілих

4. до 10 потерпілих
 5. більше 30 потерпілих
9. За ступенем медичних наслідків визначають 5 категорій транспортних катастроф.
III категорія – це:
1. *16-30 потерпілих
 2. 20-40 потерпілих
 3. 30-50 потерпілих
 4. 10-15 потерпілих
 5. 6-15 потерпілих.
10. За ступенем медичних наслідків визначають 5 категорій транспортних катастроф.
IV категорія – це:
1. більше 50 потерпілих
 2. *31-50 потерпілих
 3. 45 потерпілих
 4. до 50 потерпілих
 5. більше 40 потерпілих

Література:

Основна:

Домедична допомога (алгоритми, маніпуляції): Методичний посібник / В.О.Крилюк, В.Д.Юрченко, А.А.Гудима та ін. - К.: НВП "Інтерсервіс", 2014. - 84 с.

Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Паламар М.В., Поляруш В.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М., Малик С.Л., Кривецька Н.В. Перша медична (екстрена) допомога з елементами тактичної медицини на до госпітального етапі в умовах надзвичайних ситуацій. – К.: Медицина, 2015.

Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї). – Вид. 1. - К. : «МП Леся», 2015.

2. Гродецький В.К., Гудима А.Л. „Екстрена медична допомога” К.Д. Ландон-XXI, 2014р.

3. Бадюк М.І., Гудима А.А., Солярик В.В., „Підготовка військовослужбовця з тактичної медицини”, К., „МП Леся” 2015р.

4. Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Паламар І.В., Корольова Н.Д., Кучанська Г.Б., Новицький Н.О. Медицина надзвичайних ситуацій. Організація надання першої медичної допомоги: Підручник. - К.: «Медицина», 2011. – 526 с.

5. Тарасюк В.С., Матвійчук М.В., Паламар М.В., Поляруш В.В., Корольова Н.Д., Подолян В.М., Малик С.Л., Кривецька Н.В. Перша медична (екстрена) допомога з елементами тактичної медицини на до госпітального етапі в умовах надзвичайних ситуацій. – К.: Медицина, 2015.

6. Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї). – Вид. 1. - К. : «МП Леся», 2015.

Додаткова

Додаткова література:

- Наказ МОЗ України «про заходи щодо удосконалення надання екстреної мед. допомоги населенню в Україні. № 500 від 29.08.2008р.

- Олена і Віктор Пінчук «Навчальна програма «Військова медицина на полі бою» (Combat Medicine)» Київ, Україна, 2015, 255 с.

- Руководство по доврачебной помощи при раненых. – Перевод на русский язык ООО «Русская медицинская корпорация» (Tactical Combat Casualty Care (TCCC), редакція от 28 октября 2013

Наказ МОЗ України від 07.12.2012р №1016.«Про внесення змін до наказу МОЗ України від 01.06.2009р.№370», яким затверджується Типове положення про відділення екстреної медичної допомоги;

Наказ МОЗ України від 07.12.2012р. №1018«Про затвердження примірних штатних нормативів центру екстреної медичної допомоги ти медицини катастроф».

Наказ МОЗ України від 07.12.2012р. №1020«Про внесення змін до наказу МОЗ України від 29.08.2008р.№500»

Постанова Кабінету Міністрів України від 21.11.2012р. №1114. 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122.

Автори: проф, д.мед.н. Шепітько К.В.