

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	Домедична допомога при переломах, вивихах, розтягах. Больовий шок.
Курс	2
Факультет	Медичний №1, Медичний №2, стоматологічний.

1. ТЕМА 7. ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ, ВИВИХАХ, РОЗТЯГАХ. БОЛЬОВИЙ ШОК.

Актуальність теми:

Пошкодження сьогодні займає 3-тє місце в структурі летальності після серцево-судинних захворювань і злоякісних новоутворень та виходять на перше місце як причина інвалідизації осіб молодого віку. Під час воєнних дій і стихійних лих частота травм різко зростає, що визначається поняттям «травматична епідемія». Надання першої медичної допомоги хворому з травмою належить до професійного обов'язку лікаря будь-якого профілю. Однак, несвоєчасна чи невірна тактика надання першої допомоги хворому з переломом може призвести до розвитку ускладнень.

2. Конкретні цілі:

- причину та ознаки ран м'яких тканий;
- техніку накладання пов'язок;
- техніку накладання пов'язок при проникаючих пораненнях живота;
- особливості надання домедичної допомоги при відкритих переломах.
- Техніку накладання шин
- Вміти проводити ратацію кісток
- Вміти проводити іммобілізацію
- Застосовувати знеболюючі

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 тканий, проникаючих і непроникаючих ран черепа, грудної клітки. живота. Протекція ран м'яких тканий 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 2.Нормальна фізіологія	Анатомія ділянки голови та шиї, анатомія грудної клітки , живота , тазу та кінцівок. Анатомія судинної системи. Фізіологічні основи функціонування органів дихання.

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

1. Анатомічні особливості опорно-рухового апарату.
2. Види травм кінцівок (розтягнення зв'язок, вивихи, переломи: відкриті і закриті), причини та ознаки.
3. Абсолютні ознаки переломів.
4. Транспортна іммобілізація табельними та пристосованими засобами.
5. Особливості надання домедичної допомоги при відкритих переломах.
6. Біль, причини, шкала болю.
7. Боротьба з больовим шоком.

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

Термін	Визначення
Розтягнення	пошкодження зв'язок, м'язів, сухожиль та інших тканин без порушення їх анатомічної цілісності. Розтягнення м'язів найчастіше виникає внаслідок удару або невдалого кроку, коли людина оступилася.
Вивих (luxatio)	стійкий зсув суглобових поверхонь кінців кісток за межі їх анатомічної цілісності та фізіологічної рухливості, що викликає порушення функції суглоба. Ознаками вивиху є: біль у суглобі, деформація його контурів, порушення функції суглоба, при пальпації визначається порожня суглобова ямка із зміною форми суглоба.
Перелом (fractura)	порушення цілісності кістки. <i>До основних ознак перелому відносять:</i> біль, набряк, крововилив, появу ненормальної рухливості у ділянці перелому, деформацію кістки чи кінцівки, укорочення кінцівки внаслідок зміщення уламків, неможливість руху у повному обсязі. При неповних

<p>Імобілізація</p> <p>Драбинчасті шини (Крамера)</p>	<p>переломах однієї із двох кісток передпліччя чи гомілки деякі з наведених ознак можуть бути відсутні. При відкритих переломах у рані нерідко видно кінці уламків. Переломи великих кісток та відкриті переломи нерідко ускладнюються розвитком травматичного шоку за рахунок больового синдрому та крововтрати. це забезпечення нерухомості кісток у місці перелому. Нерухомість у місці перелому досягається накладанням спеціальних шин або підручних засобів і фіксацією двох найближчих суглобів (вище і нижче місця перелому).</p> <p>Достоїнствами драбинчастих шин є те, що вони добре моделюються. Використовуючи цю якість, можна фіксувати кінцівку в будь-якому положенні. Другою позитивною властивістю шин є універсальність конструкції. З їх допомогою можна провести іммобілізацію будь-якого сегменту, будь-якого пошкодження. Недоліком драбинчастих шин є те, що перед накладенням їх необхідно обмотувати м'яким матеріалом з метою профілактики пролежнів. Бажано поверх м'якого матеріалу обшити шину клейонкою, що дозволить виробляти санітарну обробку вживаних шин.</p>
---	---

Теоретичні питання до заняття:

1. Причини та ознаки травм голови, хребта і тазу.
2. Види травм кінцівок (переломи: відкриті і закриті, розтягнення зв'язок, вивихи суглобів), причини та ознаки.
3. Абсолютні ознаки переломів.
4. Особливості надання домедичної допомоги при відкритих переломах.
5. Транспортна іммобілізація табельними та пристосованими засобами.
6. Тактика дій та надання домедичної допомоги рятувальником при дорожньо-транспортній пригоді.

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Проводити транспортну іммобілізацію при пошкодженні верхньої кінцівки підручними і табельними засобами
2. Проводити транспортну іммобілізацію при пошкодженні нижньої кінцівки табельними або підручними засобами.

ЗМІСТ ТЕМИ:

Оцінка стану потерпілого. Включає в себе огляд пораненого з метою визначення вхідного, вихідного отворів рани та станів, що в першу чергу становлять загрозу для життя (значна кровотеча, випадання внутрішніх органів, великий розмір рани та ін.) та введення знеболюючого.

При пораненнях живота потерпілого необхідно покласти в зручне положення (рис. 66) на спину та зігнути його ноги у колінних суглобах. Це дозволить розслабити м'язи живота, зменшити біль та прояви шоку, запобігти подальшому ураженню внутрішніх органів. Потерпілий у непритомному стані потребує постійного нагляду для запобігання западіння язика та закриття дихальних шляхів.

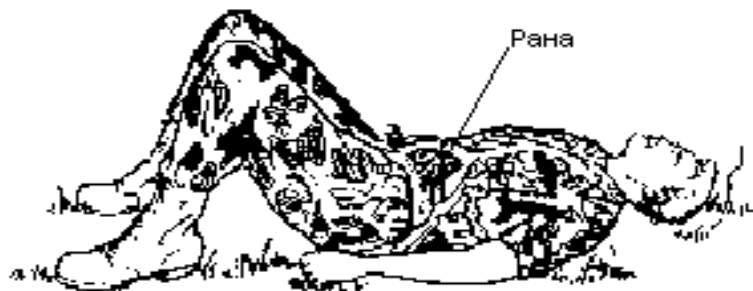


Рис. 1. Положення потерпілого з травмою живота

Огляд рани. Необхідно обережно зняти одяг навколо рани, при цьому забороняється видаляти частини одягу, які щільно прилипли до неї.

Якщо шкіра розсічена на 3-5 см, відбувається випадіння внутрішніх органів. При випаданні внутрішніх органів, їх, за допомогою зволоженого 0,9% фізіологічним розчином, стерильного (підручного) матеріалу, поміщають на черевній стінці потерпілого (зволоження проводять протягом всього етапу евакуації). Забороняється торкатися руками до внутрішніх органів або вкладати їх в середину рани.

УВАГА! Забороняється зволожувати внутрішні органи сечею або хімічним розчином. Можна тільки чистою водою або фізіологічним розчином.

Накладання пов'язки (рис. 67). Як перев'язувальний матеріал використовують ППІ, стерильні бинти, імпровізовані засоби (одяг, сорочки та ін.). Пов'язка повинна бути великою і щільно охоплювати живіт.

При наявності чужорідного тіла, що виступає з рани, пов'язка накладається обережно, навколо рани, без зміщення стороннього тіла.

Після накладання пов'язки її закріплюють на здоровій стороні, подалі від рани. З метою кращого закріплення пов'язки можна використати імпровізовану підтримуючу пов'язку з підручних засобів (краватка, одяг та ін.). При цьому її закріплюють з протилежного боку від вузла ППІ.

Категорично забороняється давати потерпілим з пораненнями живота їжу або воду, можливе лише зволоження губ.

При пошкодженні органів черевної порожнини постраждалі відчувають сильну спрагу, постійно просять пити. Необхідно зробити так, щоб постраждалий не зміг напитися самостійно (відібрати і поставити за межами досяжності фляжку з водою), оскільки йому, не дивлячись на заборону, важко контролювати свої вчинки.

УВАГА! Пораненим з травмами живота категорично заборонено їсти, пити, приймати таблетовані препарати.



Рис. 2. Накладання пов'язки при травмах живота

ПАМ'ЯТАЙ!

Внутрішні органи, що випали з рани, у жодному випадку не можна вправляти в черевну порожнину! Це по-перше боляче, а по-друге призведе до додаткового інфікування.

Внутрішні органи, що випали в рану повинні бути ізольовані від зовнішнього середовища, марлева асептична пов'язка повинна бути постійно змочена, щоб уникнути висихання. При підсиханні марля щільно прилипає до кишки, що надалі, при спробі зробити перев'язку, приведе до її пошкодження на значній площі. Пов'язку бажано змочувати стерильними сольовими розчинами, але при їх відсутності допустимо користуватися звичайною водою.

Щоб зберегти внутрішні органи, що випали від здавлення, на передню черевну стінку накладається ватно-марлеве (або зроблене з одягу) кільце, яке оточує і захищає нутрощі, що випали, а вже потім поверх цього кільця щільно але не туго (щоб уникнути здавлення і омертвіння нутрощів) накладається циркулярна пов'язка.

Ушкодження тазу і тазових органів

Бойові травми тазу поділяються на вогнепальну травму (кульові, осколкові поранення, мінно-вибухові травми, вибухові травми) і невогнепальну травму (відкриті і закриті механічні травми, невогнепальні поранення). Пошкодження тазу з досвіду збройних конфліктів останніх десятиліть становлять до 5% санітарних втрат хірургічного профілю. В локальних війнах збільшилася частка відкритих і закритих травм тазу – при підриві в бронетехніці, в завалах оборонних споруд, падіннях з висоти, наїзді автотранспортних засобів.

При вогнепальних пораненнях тазу вхідні отвори можуть бути:

1. На передній черевній стінці;
2. В поперековій ділянці;
3. В ділянці сідниць, промежини, по внутрішній або зовнішній поверхні верхньої третини стегна.

Особливості клінічного перебігу:

виражений больовий синдром; велика крововтрата; інфекційні ускладнення.

Життєвозагрожуючі наслідки поранень тазу:

активна кровотеча; наростаюча внутрішньо-тазова гематома; активна зовнішня кровотеча.

Діагностика переломів кісток тазу:

1. Симптом Ларрея (рис. 68); 2. Симптом Вернейля (рис. 68); 3. Біль при натисканні на лонне зчленування; 4. Симптом „прилиплої п'ятки”; 5. Біль при натисканні на великий вертел стегна; 6. Біль при пасивних рухах у кульшовому суглобі.

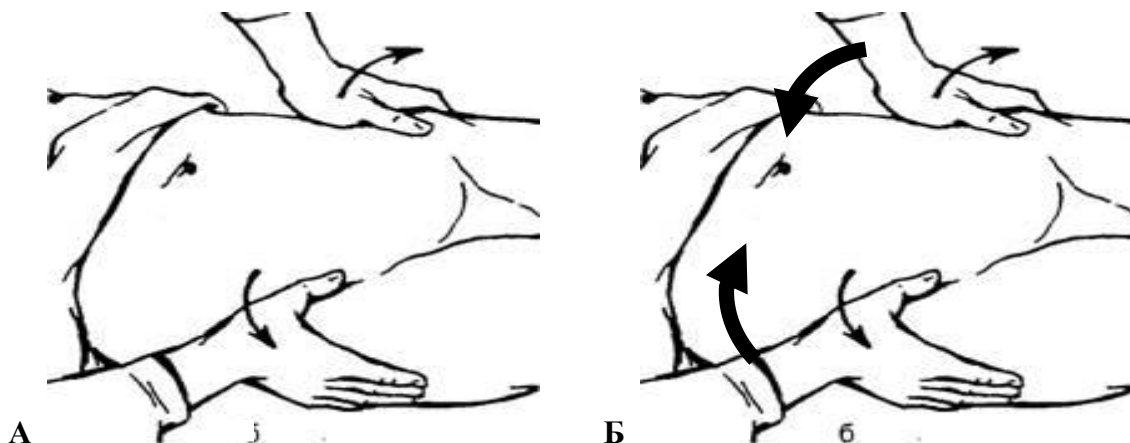


Рис. 3. Діагностика переломів кісток тазу

А) Симптом Ларрея

Б) Симптом Вернейля

При оцінці пошкоджень м'яких тканин визначають характер поранення, хід ранового каналу, обсяг пошкоджень. Необхідно виключити ушкодження великих судин і нервових стовбурів, кісток тазу і тазових органів. Вогнепальні переломи кісток тазу часто мають „вікончатий“ характер, можуть супроводжуватися нестабільністю тазового кільця.

Діагностика в польових умовах зводиться до оцінки локалізації вхідного і вихідного отворів, наявності болю в проекції можливих переломів та кровотечі. Переломи клубових кісток розпізнаються відчуттям болю при натисканні на їх крила (симптоми Ларрея, Вернейля).

При переломі лонних кісток спостерігається відчуття болю при натисканні на них. Характерний симптом „прилиплої п'ятки“: травмований не може підняти витягнуту ногу, бо напруга м'яза, що виникає при цьому, зміщує кісткові відламки і посилює біль в ділянці перелому. Біль в ділянці кульшового суглоба при натисканні на великий вертел стегна, при постукуванні по п'яті витягнутої кінцівки вказує на перелом вертлюжної впадини.

Наявність крові при пальцьовому дослідженні прямої кишки вказує на зміщення кісткових уламків, пошкодження кишки (на пальці залишається кров), навівання передньої стінки – на гематому малого тазу.

Домедична допомога при ушкодженнях тазу проводиться згідно з алгоритмом надання домедичної допомоги при травмах тазу“).

Накладання пов'язок на рани, тампонування рани, адекватне знеболення.

Евакуація на жорстких ношах (Talon) в позі зручній для пораненого. Якщо є можливість, роблять стягування (імобілізацію) тазу табельними або імпровізованими шинами (рис. 69).

Антибіотики вводять внутрішньовенно крапельно (цефтріаксон).

Після зупинки зовнішньої кровотечі для відновлення ОЦК вводять плазмозамінники (0,9% NaCl, гекодез). Інфузія струменево, у дві вени.

Повноцінна протишокова терапія ефективна після остаточної зупинки кровотечі. При нестабільному переломі кісток тазу крововтрата становить 2-2,5 літра. Рани не підлягають зашиванню, бо часто виникає потреба в повторних хірургічних обробках.

Накладання пов'язок на рани, тампонування рани, адекватне знеболення.

Евакуація на жорстких ношах (Talon) в позі зручній для пораненого. Якщо є можливість, роблять стягування (імобілізацію) тазу табельними або імпровізованими шинами (рис. 69).

Антибіотики вводять внутрішньовенно крапельно (цефтріаксон).

Після зупинки зовнішньої кровотечі для відновлення ОЦК вводять плазмозамінники (0,9% NaCl, гекодез). Інфузія струменево, у дві вени.

Повноцінна протишокова терапія ефективна після остаточної зупинки кровотечі. При нестабільному переломі кісток тазу крововтрата становить 2-2,5 літра. Рани не підлягають зашиванню, бо часто виникає потреба в повторних хірургічних обробках.

АЛГОРИТМ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАВМАХ ТАЗУ

(сектор укриття, сектор евакуації)



Кращим засобом транспортування постраждалих з важкими травмами тазу є пневматичні ноші. Якщо таких немає, то транспортування здійснюють на стандартних ношах, зв'язавши коліна між собою і підклавши під них імпровізований валик. За відсутності нош вдаються до іммобілізації підручними засобами, використовуючи щити, стільниці, збиті між собою дошки і т.д.

Пораненого з переломом тазу кладуть спиною на твердий щит, широку дошку, двері або лист фанери, під коліна підкладають спальний мішок або ковдру так, щоб нижні кінцівки були зігнуті в колінних суглобах і трохи розведені в сторони. У такому положенні кінцівки фіксують за допомогою розпірки і бинтів.



Рис. 4. Іммобілізація тазу імпровізованим засобом

Травми хребта

Будь-яка травма хребта є важкими пошкодженнями опорно-рухового апарату. До того ж перелом хребта часто поєднується з пошкодженням інших анатомічних структур, серед яких спинний мозок і судинно-нервові сплетіння. Дані ушкодження можуть призвести до інвалідності, а в деяких випадках представляють серйозну загрозу для життя.

Ушкодження хребта виникають при надмірному згинанні або розгинанні, падінні з висоти, пірнанні в неглибокому місці, під час автомобільних аварій і обвалів, мінно-вибухових та вогнепальних поранень.

Переломи хребта неоднорідні за механізмом розвитку, тяжкості і клінічним проявом.

Можливі причини пошкодження хребта (правило трьох «В»):

вода, водій, висота.

Переломи хребта за локалізацією:

шийного відділу; грудного відділу; поперекового відділу; крижів; куприка.

Переломи хребта за пошкодження анатомічних структур:

тіл хребців; дужок хребців; суглобових відростків; поперечних відростків; остистих відростків.

Переломи хребта за механізмом:

компресійні; осколкові або вибухові; клиновидні.

Ушкодження хребта можуть бути закриті і відкриті.

Перелом може поєднуватися з ушкодженням спинного мозку або корінців. У цих випадках розвиваються різні неврологічні порушення. І чим вище травма, тим ці порушення тяжчі. Якщо перелом поперекового відділу супроводжується паралічем обох ніг, то вищерозташовані пошкодження спинного мозку вимикають функцію всіх кінцівок, черевного преса, тазових органів.

Ознаки перелому хребта:

біль, видима деформація хребетного стовпа, набряк м'яких тканин в проекції (місці) травмованих хребців, шкірні ушкодження – рани, садна, парестезія (відчуття поколювання, печіння, повзання мурашок).

Надання допомоги потерпілим з травмами хребта має характерні особливості, пов'язані перш за все з необхідністю профілактики вторинного зміщення хребців з пошкодженням спинного мозку (див. алгоритм надання домедичної допомоги при підозрі на пошкодження хребта).

Надання допомоги потерпілим з підозрою на пошкодження будь-якого відділу хребта, а також їх транспортування проводяться тільки в положенні лежачи та на твердій поверхні.

Для правильного надання допомоги потрібна група людей не менше 3 осіб. До прибуття ланки санітарів-носіїв потерпілого потрібно заспокоїти і оглянути.

Потерпілого забороняється зрушувати з місця. Потрібно попросити потерпілого трохи поворушити руками і ногами і перевірити чутливість легким пощипуванням. Рухається, відчуває – значить, спинний мозок не постраждав.

Всі поранені з підозрою на пошкодження хребта підлягають іммобілізації та транспортування здійснюється на щиті, жорстких або вакуумних ношах.

Всім потерпілим з ушкодженням хребта, а особливо при підозрі на травму шийного відділу хребта проводять додаткову іммобілізацію спеціальним комірцем Шанца. Цей комір повторює контури шиї, і при правильному накладення повністю знерухомлює шийний відділ. Комір накладають 2 людини – один фіксує голову, інший акуратно підводить комір під

шию (рис.63).

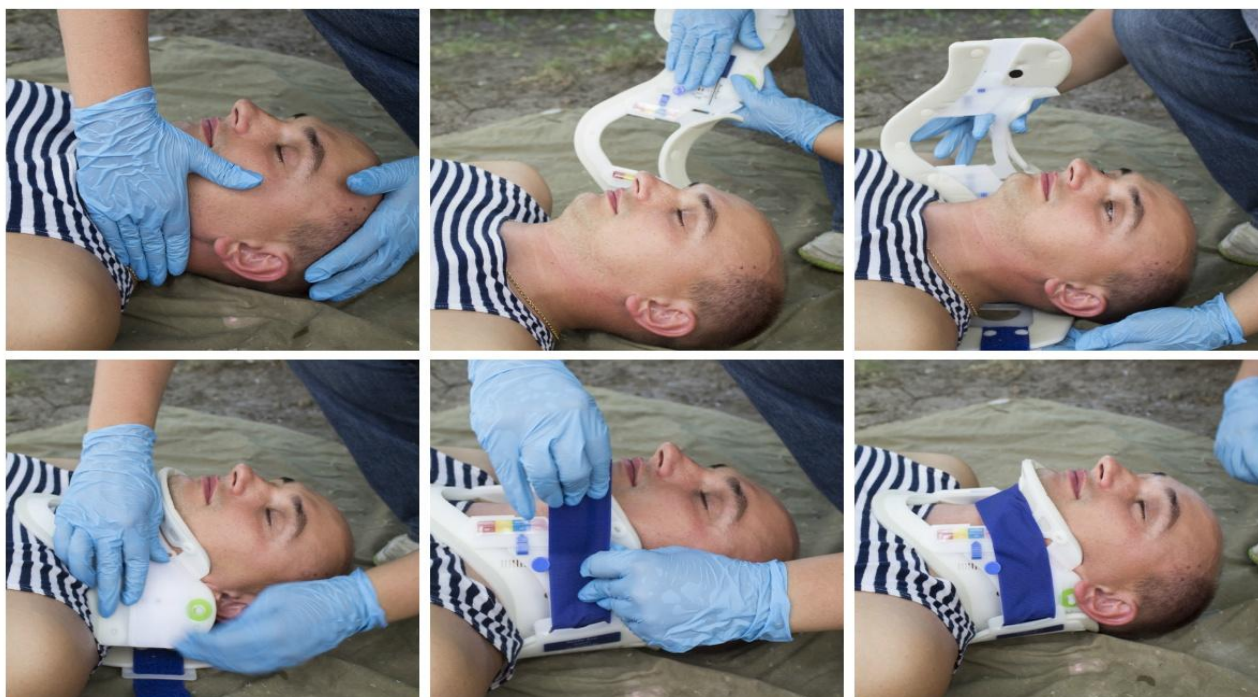


Рис. 5. Техніка накладання комірця Шанца

У випадку відсутності комірця Шанца використовуємо підручні засоби: одяг, взуття, масивна ватно-марлева пов'язка на шию, пластикові пляшки, тощо.

Алгоритм надання домедичної допомоги при підозрі на пошкодження хребта наведено нижче.

Надання допомоги потерпілим з травмами шиї

Домедична розширена допомога до прибуття ланки санітарів-носіїв полягає в заспокоєнні потерпілого, при неприродному положенні голови або шиї здійснюють їх фіксацію за допомогою комірця Шанца (рис. 31), шини SAM (рис. 65) або підручних засобів (важких об'єктів: каміння, взуття, заповненого піском, камінням і т.д.).

АЛГОРИТМ НАДАВАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПІДОЗРІ НА ПОШКОДЖЕННЯ ХРЕБТА

(сектор укриття, сектор евакуації)



Для транспортування використовують широку дошку або двері, довші за зріст потерпілого. Носилки або щит повинні мати рівну жорстку поверхню. Для запобігання раптовим рухам та зміщенню тіла пораненого необхідно обережно зв'язати його руки (на

рівні талії) та ноги. Якщо потерпілий знаходиться в положенні на спині, на ноші під поперек підкладають валик.

Укладання здійснюють, як правило, чотири особи.

Номери „2, 3 та 4“ присідають на одне коліно з одного боку щита. Номер „1“ знаходиться з протилежної сторони. Перші три особи обережно просовують руки під потерпілого, а номер „1“ допомагає їм в цьому. При готовності, номер „2“ дає команду. Усі особи синхронно, обережно піднімають потерпілого на 20 см. Номер „1“ підсовує щит, стежачи за тим, щоб валик знаходився під поперек потерпілого, після чого знову допомагає решті. Номер „2“ командою контролює укладання потерпілого на щит (рис. 64).

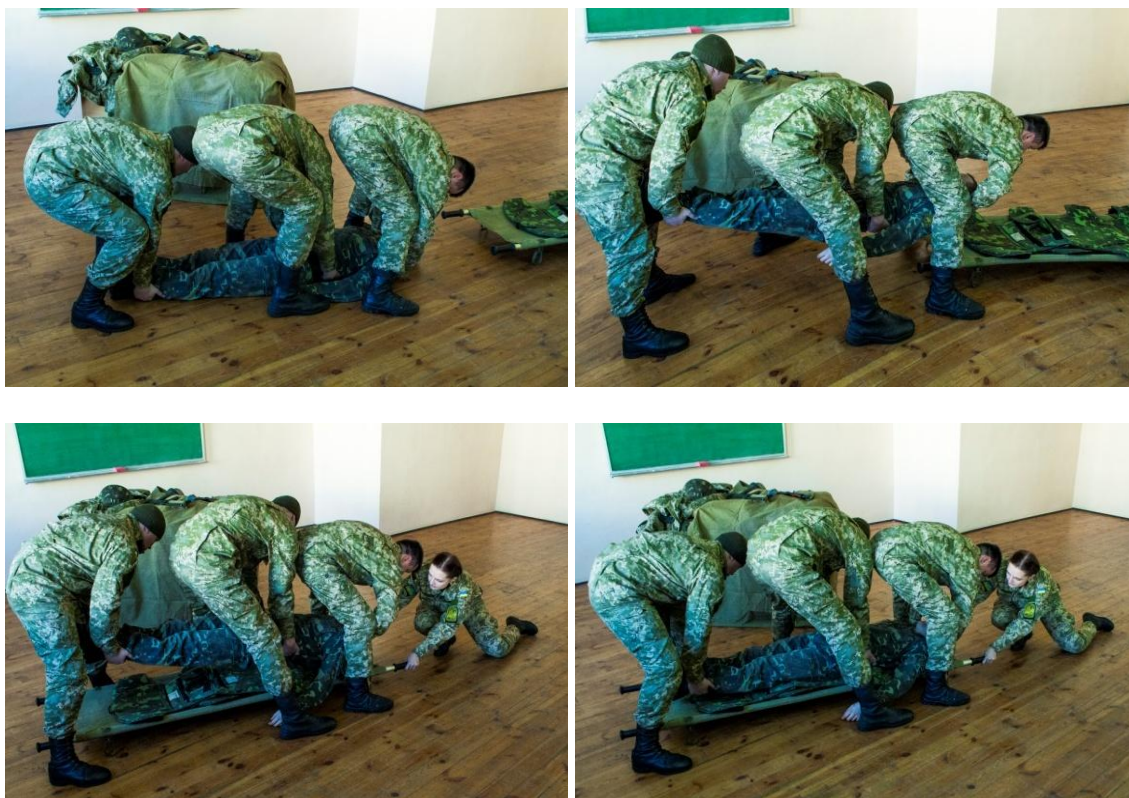


Рис. 6. Укладання потерпілого з травмою хребта на ноші

При положенні пораненого обличчям додолу його не перевертають, транспортують, підклавши під груди валик.

У випадку коли травмованого потрібно винести з місця де неможливо одразу вкласти на жорсткі ноші можна використати м'які ноші. При цьому необхідно постраждалого вкласти на живіт підклавши йому під плечі валик з одягу так, щоб головний кінець був підведений.

УВАГА!!!

Пораненого з підозрою на травму хребта заборонено:

саджати; змушувати вставати на ноги, ходити; транспортувати в сидячому положенні; намагатися самостійно вправити деформований хребет; тягнути за руки, за ноги; здійснювати витягування (тракцію) будь-якого відділу хребта; годувати, поїти. Якщо евакуація буде здійснена менш ніж за 1 годину, знеболювання краще не проводити.

ПАМ'ЯТАЙ!

Рухи хребта, особливо згинання, можуть призвести до додаткового ураження хребта і спинного мозку. Кількість перекладань потерпілого має бути зведено до мінімуму.

При дотриманні всіх цих вимог небезпека ускладнення перелому хребта на догоспітальному етапі буде зведена до мінімуму. Наслідки деяких помилок, допущених на догоспітальному етапі, в подальшому буде неможливо усунути навіть найефективнішим лікуванням.



Рис. 7. Фіксація шії за допомогою шини SAM

Якщо потерпілий знаходиться вниз обличчям, необхідно обережно, підтримуючи голову, підняти його за плечі та підсунути під шию валик (при цьому потилиця повинна лежати на землі).

Забороняється перевертати потерпілого з травмою шії, якщо він знаходиться обличчям вниз. Необхідно провести іммобілізацію таким самим чином, як було наведено вище, без підкладання валика під шию.

Техніка укладання потерпілого з травмою шії на щит (дошку).

Допомогу надають дві особи, при цьому переміщення голови та тулуба пораненого з травмою шії повинно здійснюватися синхронно. Поруч з травмованим необхідно покласти широку дошку, довшу на 20 см за зріст пораненого. Номер „1“, підтримує голову та шию потерпілого, номер „2“ стає навколішки на дошку (з метою запобігання її зсування) та підтримуючи потерпілого за плечі та стегна обережно кладе його на дошку.

Якщо потерпілий знаходиться в положенні обличчям вниз, то номер „1“ підтримує його голову та шию, в той час як номер „2“ обережно перегортає його на спину та укладає на дошку. Після цього необхідно підкласти під шию валик та провести іммобілізацію голови (шиї) за допомогою підручних засобів. Потім дошку кладуть на носії та транспортують потерпілого.

У заключній частині заняття викладач підводить підсумки заняття, відповідає на запитання та перевіряє, як особовий склад підрозділу зрозумів вище викладений матеріал.

Матеріали для самоконтролю:

ТЕСТИ:

1. Як транспортувати потерпілого із переломом кісток тазу?

1. на спині з опущеною головою;
2. на боці із зігнутою нижньою кінцівкою;
3. *на спині із зігнутими ногами в колінах, кульшових суглобах, розвернутими на зовні ногами;
4. на спині із зігнутими ногами в колінах і кульшових суглобах;
5. на животі.

2. Як транспортувати потерпілого без свідомості (кома):

1. на боці;
2. *на спині з повернутою головою на бік;
3. на животі з повернутою головою на бік;
4. у напівсидячому положенні;
5. у стоячому положенні.

3. Із ушкодженням плеча потерпілого евакуюють:

1. пішки;
2. лежачи з валиком на здоровому боці;
3. лежачи на спині;
4. *у сидячому положенні;
5. на животі.

4. Абсолютними ознаками перелому є:

1. кровотеча, шок, ушкодження шкіри, біль;
2. біль, кровотеча, ушкодження шкіри, деформація кінцівки, укорочення кінцівки;
3. *деформація кінцівки, укорочення кінцівки, хруст в місці перелому, патологічна рухливість;
4. біль, кровотеча, відсутність свідомості, припухлість, патологічна рухливість, хрусткість;
5. припухлість, біль, кровотеча, деформація кінцівки, неможливість рухати кінцівкою.

5. Шина Дітерікса (для транспортної іммобілізації) складається:

1. 2 досочки, закрутка, ножна частина;
2. 2 костилі, палочка, ножна частина;
3. *зовнішній, внутрішній костилі, закрутка, підошвова частина;
4. 3 досочки, палочка, лямки, закрутка;
5. 3 досочки, костилі, лямки.

6. У разі синдрому тривалого стиснення при наявності розчавлених тканин проводять:

1. розтирання кінцівки, тепло;
2. іммобілізацію кінцівки, холод;
3. *накладання джгута, іммобілізація кінцівки;
4. розтирання кінцівки, іммобілізація кінцівки;
5. іммобілізація кінцівки, накладання закрутки.

7. При відкритому переломі верхньої третини плеча з артеріальною кровотечею після накладеного джгута транспортну іммобілізацію проводять:

1. від кінців пальців кисті до плечового суглобу;
2. від променево-зап'ясткового суглоба до плечового суглобу;
3. *від кінців пальців кисті до хребта;
4. від променево-зап'ясткового суглоба до хребта;
5. від пальців до плеча здорової сторони

8. 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

9. 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

10. 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

Література:

Основна література:

Матеріали підготовки до практичних занять.

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

Черняков Г.О, Кочін І.В. «Медицина катастроф» К.»Здоров'я, 2001р.

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

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

Додаткова література:

Стандарт підготовки І-СТ-3: Підготовка військовослужбовця з тактичної медицини (видання 2). К: “МП Леся”, 2015. – 148 с.

Електронна версія Стандарту підготовки І-СТ-3: Підготовка військовослужбовця з тактичної медицини (видання 2) – <http://www.medsanbat.info/standart-pidgotovki-i-st-3-vidannya-2-pidgotovka-viyskovosluzhbovtstva-z-taktichnoyi-meditsini/> (назва з екрану).

Відео сюжети:

www.youtube.com/playlist?list=PLGVZyDkrMM_QrjemyQ5j56G8sQoIHsYoG

Закон України №5081-VI від 05.07.2012р.»Про екстрену медичну допомогу»

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 екстеної медичної допомоги;

Наказ МОЗ України від 07.12.2012р. №1018«Про затвердження примірних штатних нормативів центру екстеної 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.

Методичні вказівки підготував: проф, д.мед.н. Шепітько К.В.