ЗМІСТ

Перша екстрена і тактична медична допомога на догоспітальному етапі

Переглянути та купити книгу на **ridmi.com.ua**

Про книгу

У навчальному посібнику розкрито питання надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, застосування вогнепальної зброї, їх дії на організм людини. В окремому розділі подано методики екстреної медичної допомоги в період реформи медицини в Україні.

Детально висвітлено травми окремих органів і частин тіла, питання медичної допомоги в осередку ураження з особливостями в зоні бойових дій, методи транспортування до лікувального закладу.

Посібник ілюстрований малюнками до навичок, які виконуються за певним алгоритмом.

Для студентів медичних (фармацевтичних) закладів фахової передвищої та вищої освіти. Посібник також буде корисний учням середніх шкіл, волонтерам, організованому і неорганізованому населенню під час навчання його навичок медичної допомоги.

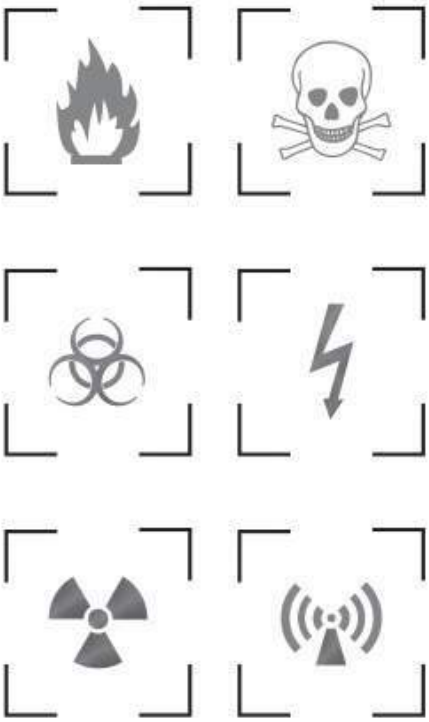
www.medpublish.com.ua

ПЕРША ЕКСТРЕНА І ТАКТИЧНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Навчальний посібник

За редакцією професора **В.С. ТАРАСЮКА**

Четверте видання, стереотипне



РЕКОМЕНДОВАНО
Міністерством охорони здоров'я України як навчальний посібник для студентів медичних (фармацевтичних) закладів фахової передвищої та вищої освіти

РЕКОМЕНДОВАНО
вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Київ
ВСВ "Медицина"
2021

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua

УДК 614.882; 616-083.98
ББК 53.5я73
П26

Рекомендовано Міністерством охорони здоров'я України як навчальний посібник для студентів медичних (фармацевтичних) закладів фахової передвищої та вищої освіти (лист № 211 від 30.06.2015)

Рекомендовано вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (протокол № 4 від 30.11.2017)

Автори:
В.С. Тарасюк, М.В. Матвійчук, І.В. Паламар, В.В. Поляруш, Н.Д. Корольова, В.М. Подолян

Рецензенти:
С.Д. Хіміч — завідувач кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор;
М.І. Бадюк — начальник кафедри організації медичного забезпечення Збройних сил України Української військово-медичної академії, доктор медичних наук, професор, полковник медичної служби;
М.І. Покидько — завідувач кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор

П26 **Перша** екстрена і тактична медична допомога на догоспітальному етапі : навч. посіб. / В.С. Тарасюк, М.В. Матвійчук, І.В. Паламар та ін. ; за ред. В.С. Тарасюка. — 4-е вид., стер. — К. : ВСВ "Медицина", 2021. — 504 с.
ISBN 978-617-505-839-8

У навчальному посібнику розкрито питання надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, застосування вогнепальної зброї, їх дії на організм людини. В окремому розділі подано методики екстреної медичної допомоги в період реформи медицини в Україні.

Детально висвітлено травми окремих органів і частин тіла, питання медичної допомоги в осередку ураження з особливостями в зоні бойових дій, методи транспортування до лікувального закладу.

Посібник ілюстрований малюнками до навичок, які виконуються за певним алгоритмом.

Для студентів медичних (фармацевтичних) закладів фахової передвищої та вищої освіти. Посібник також буде корисний учням середніх шкіл, волонтерам, організованому і неорганізованому населенню під час навчання його навичок медичної допомоги.

УДК 614.882; 616-083.98
ББК 53.5я73

© В.С. Тарасюк, М.В. Матвійчук, І.В. Паламар, В.В. Поляруш, Н.Д. Корольова, В.М. Подолян, 2015, 2021

ISBN 978-617-505-839-8

© ВСВ "Медицина", оформлення, 2021

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua

Розділ 1

НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ ТЕХНОГЕННОГО ТА ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ

Україна — найбільш критичний регіон Європи за техногенним навантаженням, яке в 5—6 разів перевищує середньоєвропейський рівень. На її території розташовані 8,5 тис. потенційно небезпечних об'єктів: 5 атомних електростанцій (Запорізька, Рівненська, Південноукраїнська, Хмельницька, Чорнобильська); 12 гідровузлів, 16 водосховищ, аміакопровід, нафто- і газопроводи та ін. Перевезення пасажирів і різноманітних вантажів здійснюється залізничними коліями, довжина яких більша ніж 24 тис. км, а також автомобільними шляхами завдовжки понад 260 тис. км. Площа території України — 603 тис. км^2, із них 27 тис. км^2 — сейсмонебезпечна зона.

Надзвичайна ситуація (НС) — порушення нормальних умов життя і діяльності людей на об'єкті або території, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, що призводить (може призвести) до загибелі людей або значних матеріальних втрат із можливим завданням шкоди навколишньому середовищу.

Виділяють такі види надзвичайних ситуацій:

- *природні* (стихійне лихо): буря, ураган, шторм, тайфун, смерч, циклон, антициклон, пожежа, мороз, ожеледиця, виверження вулкана, землетрус, повінь, сель, зсув, снігові замети;
- *техногенні* (виробничі): залізничні, авіаційні, космічні, автошляхові, річкові, морські, пожежі, вибухи з викидом радіоактивних і бактеріологічних речовин;

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua

• *екологічні*: перевищення гранично допустимих концентрацій (ГДК) речовин у повітрі (CO_2, CO), ґрунті (пестициди, гербіциди, ДДТ), воді (мікроорганізми, речовини, що спричинюють забруднення і отруєння), перевищення рівня міського шуму, зникнення видів тварин і рослин;

• *соціальні*: епідемії, пандемії, голод, тероризм, порушення громадського порядку.

Залежно від кількості потерпілих надзвичайні ситуації поділяють на:

• *малі* (25—100 осіб потерпілих, із них 10—15 потребують госпіталізації);

• *середні* (101—1000 потерпілих, з них 16—250 потребують госпіталізації);

• *великі* (понад 1000 потерпілих, з них більше ніж 250 потребують госпіталізації);

• *гігантські* (десятки тисяч потерпілих).

Відповідно до територіального поширення, заподіяних або очікуваних економічних збитків, кількості людей, які загинули, за класифікаційними ознаками виокремлюють чотири рівні надзвичайних ситуацій.

1. Загальнодержавний рівень. Надзвичайна ситуація виникає на території двох або більше областей (АР Крим, міста Києва) або загрожує транскордонним перенесенням, а також у разі, коли для її ліквідації потрібні матеріальні і технічні ресурси в обсягах, що перевищують власні можливості окремої області (АР Крим, міста Києва), але не менше 1 % обсягу видатків відповідного бюджету.

2. Регіональний рівень. Надзвичайна ситуація розгортається на території двох або більше адміністративних районів, міст обласного значення, АР Крим, міста Києва або загрожує перенесенням на територію суміжної області України, а також у разі, коли для її ліквідації потрібні матеріальні і технічні ресурси в обсягах, що перевищують можливості окремого регіону, але не менше 1 % обсягу видатків відповідного бюджету.

3. Місцевий рівень. Надзвичайна ситуація виходить за межі потенційно небезпечного об'єкта, загрожує поширенням самої ситуації або її вторинних наслідків на довкілля, сусідні населені пункти, інженерні споруди, а також у разі, коли для її ліквідації потрібні матеріальні і технічні ресурси в обсягах, що перевищують власні можливості потенційно небезпечного об'єкта, але не менше 1 % обсягу видатків відповідного бюджету. До місцевого рівня також належать усі надзвичайні ситуації, які виникають на об'єктах житлово-

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua

комунальної сфери та інших, що не входять до затверджених переліків потенційно небезпечних об'єктів.

4. Об'єктовий рівень — усі надзвичайні ситуації, які не підпадають під вищенаведені визначення.

При Міністерстві надзвичайних ситуацій (МНС) у 1999 р. було створено Державний координаційний центр реагування на надзвичайні ситуації, а при ньому — Державну пошуково-рятувальну службу на водних об'єктах. У 2003 р. до МНС приєднали Державний департамент протипожежної охорони, а також Державну воєнізовану гірничорятувальну службу, Державну спеціальну аварійно-рятувальну службу пошуку і рятування туристів, Центральний спеціальний (воєнізований) аварійно-рятувальний загін.

1.1. НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ

Стихійні лиха — небезпечні, некеровані людиною явища природи або процеси геофізичного, геологічного, гідрологічного, атмосферного та іншого походження таких масштабів, які спричинюють катастрофічні ситуації, що характеризуються раптовим порушенням життя і діяльності населення, руйнуванням і знищенням матеріальних цінностей, ураженням і загибеллю людей.

До стихійного лиха тектонічного (геологічного) характеру належать землетруси, моретруси, виверження вулканів, обвали, осідання земної поверхні в результаті карстових явищ.

1.1.1. Землетрус

Мал. 1.1. **Наслідки землетрусу**

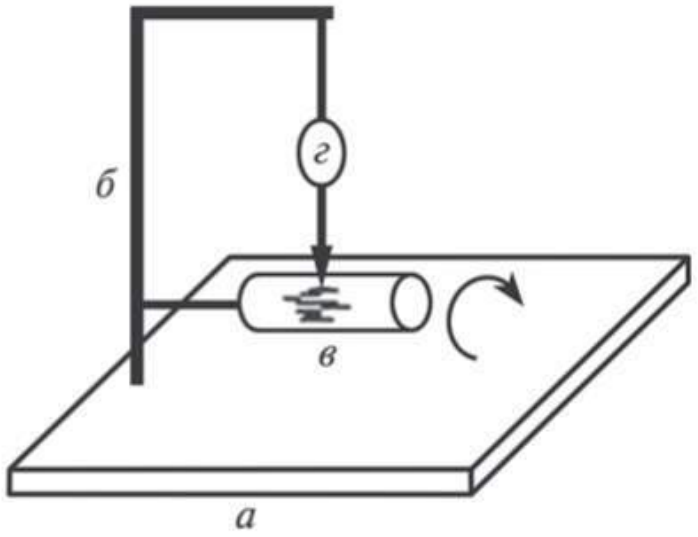
Землетрус — коливання земної кори (ґрунту) у вигляді поштовхів або маятникоподібних рухів, що поширюються від центру із силою від 0 до 9 балів (за шкалою Ріхтера) або від 0 до 12 балів (за шкалою Меркаллі) унаслідок тектонічної діяльності земної кори або обвалів карстових пустот, які відбуваються в товщі земної кори (мал. 1.1).

Магнітуда — це загальна енергія землетрусу або

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua

максимальна амплітуда зміщення ґрунту в мікронах, виміряна сейсмографом на відстані 100 км від епіцентру. Глибина землетрусу — до 30—40 км. Магнітуду визначають за шкалою Ріхтера від 0 до 9 балів.



Мал. 1.2. **Сейсмограф:**
а — станина; *б* — Г-подібний фіксатор; *в* — барабан з папером або плівкою; *г* — маятник із самописцем

Передвісники землетрусу:

— неадекватна поведінка коней (нервовість, неспрямований і некерований біг); виття собак. Коти тікають з домівок, птахи літають по колу, збираються у великі зграї;

— поява газу радону у воді, який проникає через щілини землі і потрапляє у підземні води;

— поява газоподібного водню, рівень якого перевищує норму в десятки разів;

— якщо лінія розлому плит проходить під будівлями, то в них відбуваються зміни, які можна зафіксувати приладами (навіть простим столярським рівнеміром, що фіксує нерівність поверхні);

— сприйняття коливання землі за допомогою сейсмографів (мал. 1.2).

Залежно від сили поштовху (коливання ґрунту) розрізняють такі види землетрусу:

- *легкий* — до 4 балів за шкалою Ріхтера (4—6 балів — за шкалою Меркаллі) з радіусом коливання ґрунту 15 км. Ушкоджень, руйнувань немає;
- *середній* (сильний) — 5—6 балів за шкалою Ріхтера (4—7 балів — за шкалою Меркаллі) з радіусом коливання ґрунту до 30 км. З'являються тріщини в будинках, кількість жертв залежить від типу забудови: несейсмостійкі будівлі падають, під уламками гинуть люди;
- *дуже сильний* — 6—7 балів за шкалою Ріхтера (8—9 балів — за шкалою Меркаллі) з радіусом коливань ґрунту до 80 км. Руйнуються будівлі, є окремі жертви;
- *надзвичайно сильний* (*руйнівний*) — 7—8 балів за шкалою Ріхтера (10—11 балів — за шкалою Меркаллі) з радіусом коливання ґрунту до 160 км. Руйнування будівель, загибель населення;

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua

— накладення стисної пов'язки;
— підвищене положення кінцівки;
— пальцеве притиснення артерії за ходом судини;
— максимальне згинання кінцівки в суглобі;
— зупинка кровотечі за допомогою джгута;
— зупинка кровотечі за допомогою джгута-закрутки;
— зупинка кровотечі з сонної артерії за методом Мікуліча.

II. Остаточна зупинка (здійснюється механічними, фізичними, хімічними та біологічними методами).

До *механічних методів* належать:
— перев'язування обох кінців судини в рані;
— перев'язування судини за її ходом;
— накладення бокового або колового шва на судину.

Фізичні методи включають використання:
— місцевої високої температури, яка спричинює коагуляцію білка, утворення тромбів у рані (електроніж, діатермокоагулятор);
— низьких температур (близько 0 °С), які посилюють спазм судин і прискорюють тромбоутворення (міхур із льодом, уведення рідкого азоту через кріозонд);
— високих енергій, що призводять до випаровування тканини з утворенням тонкої зони некрозу (лазерний ніж, плазмовий скальпель).

До *хімічних методів* належать хімічні речовини, які:
— викликають спазм судин при змащуванні слизових оболонок (адреналін);
— підвищують коагуляційну здатність крові (кальцію хлорид, гемоглобін, епсилон-амінокапронова кислота).

Біологічні методи включають:
— переливання крові в кровоспинних дозах (50—100 мл);
— уведення в рану гемостатичної губки, фібринної плівки.

5.16.1. Методи тимчасової зупинки зовнішньої кровотечі

При надзвичайних ситуаціях найчастіше застосовують тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі.

Стисна пов'язка

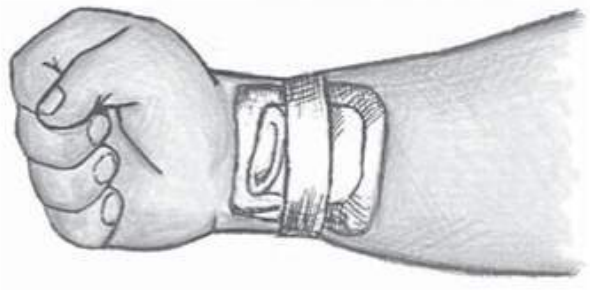
***Виконання навички:* накладення стисної пов'язки**

Показання: капілярні кровотечі, ушкодження дрібних артерій верхньої та нижньої кінцівок, ушкодження шкіри, м'язів.

Необхідне оснащення: антисептик, стерильні серветки, марля, бинт, вата.

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua



Мал. 5.59. **Стисна пов'язка**

Перед накладанням пов'язки шкіру навколо рани обробити розчином спирту (йодонату), на рану накласти стерильну серветку, яку зафіксувати 2—3 турами бинта. Взяти вату, за допомогою марлі щільно її скрутити у валик і покласти на проекцію рани для локального стиснення тканин, що кровоточать, і подальшими тугими турами продовжувати бинтування, щоб зупинити кровотечу. Краще використовувати індивідуальний перев'язувальний пакет, в якому одна подушка буде тиснути на судини чи тканини, що кровоточать (мал. 5.59). Пов'язку зафіксувати вище рани.

Підвищене положення кінцівки

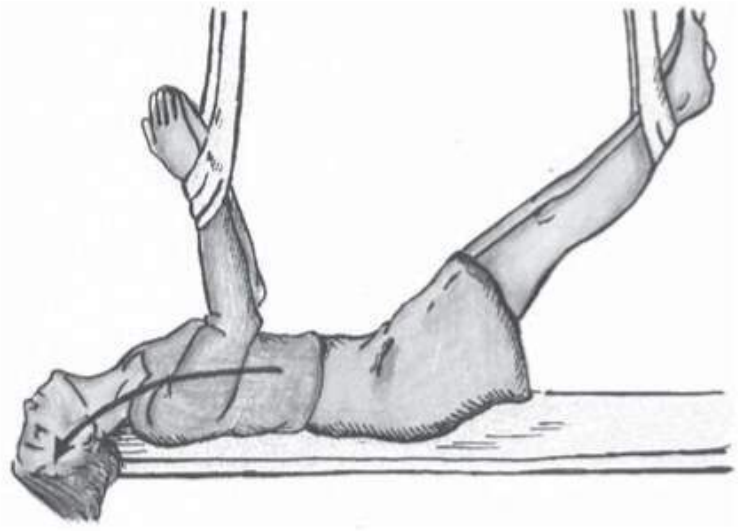
Виконання навички: **підвищене положення кінцівки (кінцівок)**

Показання: кровотеча з пальців кисті, вен нижніх кінцівок, після накладення стисної пов'язки, значної крововтрати.

Необхідне оснащення: лямки (для верхніх і нижніх кінцівок).

У разі кровотечі з верхніх кінцівок після накладення стисної пов'язки руку (руки) підняти догори для зменшення припливу крові до рани.

При значній крововтраті підняти верхні і нижні кінцівки, голову опустити нижче тулуба для здійснення самопереливання крові, тобто кращого постачання кров'ю органів, які швидко реагують на кисневе голодування, — головного мозку, печінки, нирок (мал. 5.60).



Мал. 5.60. **Підняття верхніх і нижніх кінцівок при значній крововтраті**

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua

Пальцеве притиснення артерій

При надзвичайних ситуаціях використовують пальцеве притиснення артерій. Для цього потрібно знати топографію судин. Довго цей метод застосовувати неможливо, тому що він потребує значних фізичних зусиль (той, хто надає допомогу, швидко втомлюється) і майже виключає транспортування потерпілого.

Виконання навички: **пальцеве притиснення скроневої артерії**

Показання: кровотеча з верхньої і нижньої повіки, бічної поверхні лоба, щоки.

Необхідне оснащення: бинт, стерильні серветки, антисептики.

Притиснути скроневу артерію до виличної кістки на 1—2 см спереду від козелка вушної раковини (мал. 5.61).

Виконання навички: **пальцеве притиснення щелепної артерії**

Показання: кровотеча з верхньої, нижньої губи, ясен, язика, підборіддя.

Необхідне оснащення: бинт, стерильна серветка, антисептик.

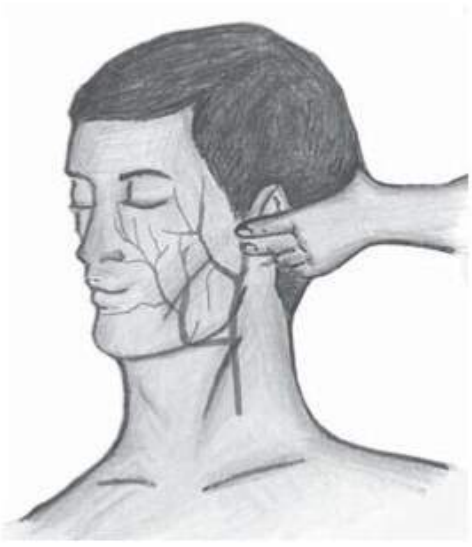
Притиснути щелепну артерію до краю нижньої щелепи на середині між кутом щелепи і підборіддям (мал. 5.62).

Виконання навички: **пальцеве притиснення сонної артерії**

Показання: кровотеча з ділянки шиї.

Необхідне оснащення: широкий бинт, вата, марля, серветки, антисептики.

Потерпілого покласти на спину, голову повернути в протилежний від рани бік. Притиснути сонну артерію до шийного відділу хребта посередині внутрішнього краю груднинно-ключично-соскоподібного м'яза (проекція IV шийного хребця; мал. 5.63).



Мал. 5.61. **Пальцеве притиснення скроневої артерії**

Виконання навички: **пальцеве притиснення підключичної артерії**

Показання: кровотеча з верхньої кінцівки.

Необхідне оснащення: бинт, вата, марля, серветки, антисептики.

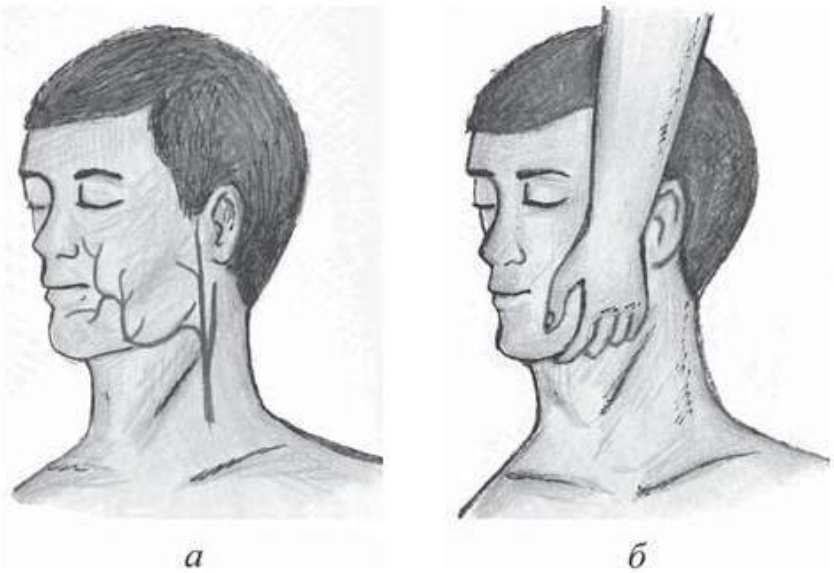
Потерпілий у положенні лежачи на спині. Одну руку покласти під лопатку потерпілого, великим пальцем іншої руки, розміщеної в надключичній ямці, притиснути підключичну артерію до I ребра (мал. 5.64).

Виконання навички: **пальцеве притиснення пахвової артерії**

Показання: кровотеча з ділянки плеча.

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua



а *б*

Мал. 5.62. **Пальцеве притиснення щелепної артерії:**
а — проекція щелепної артерії; *б* — зупинка кровотечі

Необхідне оснащення: джгут, бинт, вата, марля, серветки, антисептики.

Ушкоджену руку підняти догори і максимально відвести назад. Чотирма пальцями кисті притиснути пахвову артерію до головки плечової кістки у пахвовій ямці (мал. 5.65).

Можна зупинити кровотечу за допомогою ватно-марлевого валика. Виготовити валик, покласти його в пахвову ямку на попередньо накладену стерильну серветку, зафіксовану бинтом. Валик міцно прибинтувати до тулуба.

Виконання навички: **пальцеве притиснення плечової артерії**

Показання: кровотеча з передпліччя, кисті.

Необхідне оснащення: марля, вата, бинт, серветки, антисептики.

Максимально відвести двоголовий м'яз догори і назад. Чотирма пальцями руки притиснути плечову артерію до внутрішньої поверхні плечової кістки (мал. 5.66).

Виконання навички: **пальцеве притиснення променевої артерії**

Показання: кровотеча при пораненні пальців, кисті.

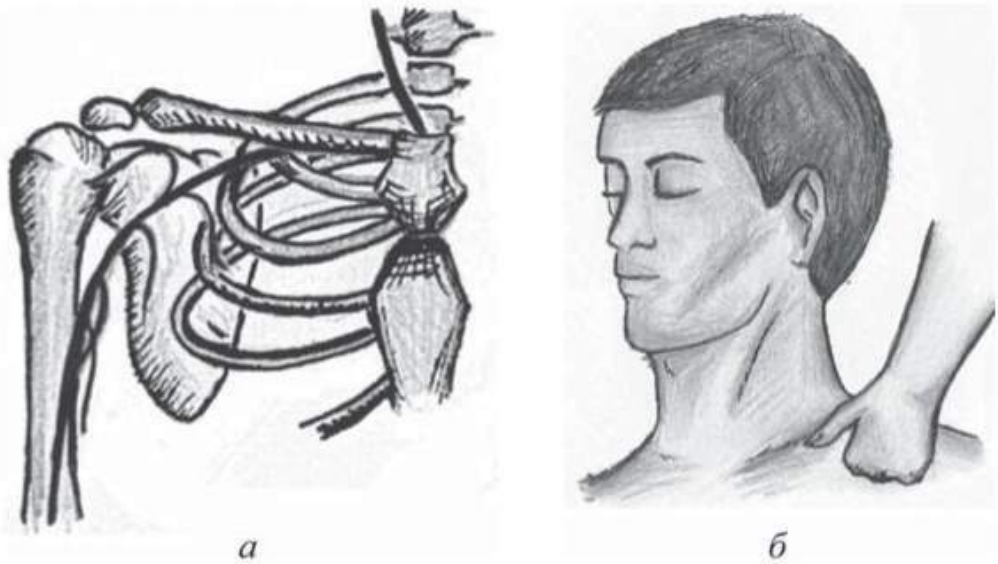
Необхідне оснащення: бинт, марля, вата, серветки.

Променеву артерію притиснути пальцями до променевої кістки у місці визначення пульсу (мал. 5.67).

Мал. 5.63. **Пальцеве притиснення сонної артерії**

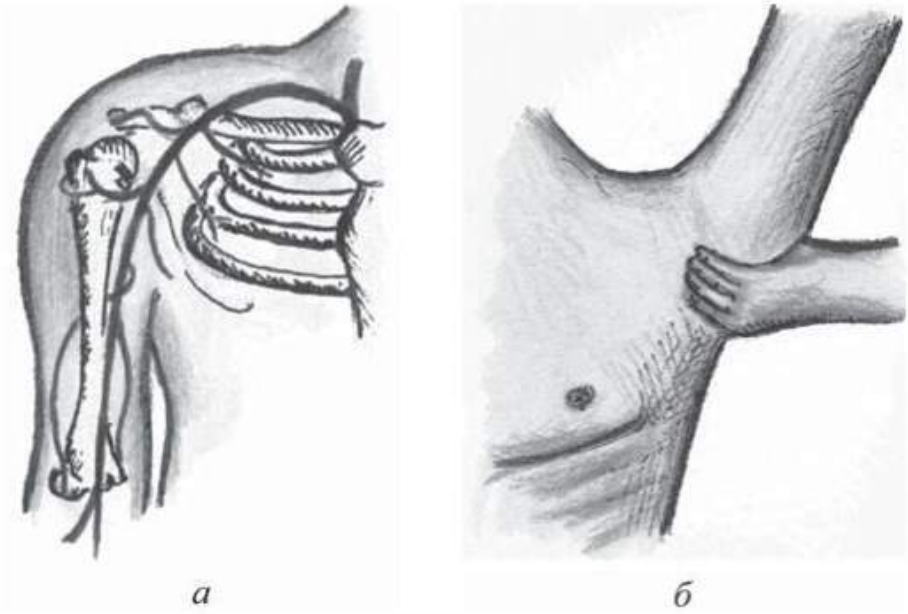
Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua



а *б*

Мал. 5.64. **Пальцеве притиснення підключичної артерії:**
а — проекція підключичної артерії; *б* — зупинка кровотечі



а *б*

Мал. 5.65. **Пальцеве притиснення пахвової артерії:**
а — проекція пахвової артерії; *б* — зупинка кровотечі

Виконання навички: **пальцеве притиснення стегнової артерії**

Показання: кровотеча зі стегна, гомілки.

Необхідне оснащення: джгут, бинт, марля, вата, серветки, антисептики.

У пахвинній ділянці великим пальцем руки притиснути стегнову артерію до передньої гілки лобкової кістки. Якщо у потерпілого важко відшукати артерію, її необхідно притиснути кулаком до лобкової кістки (заздалегідь підготувати ватно-марлевий валик, який

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua

При огляді обов'язково діють за системою CABC: зупинити кровотечу, поставити назофарингеальну трубку. З такими потерпілими потрібно поводитись як із пацієнтами з травмою шийного відділу хребта і розладами нервової системи, їх потрібно евакуювати до лікувального закладу. Велика кількість поранених гине на етапах медичної евакуації. Серед основних причин загибелі у 17 % є травма голови, у 27 % — травма грудей і живота. Для порівняння летальність серед поранених у В'єтнамі становила 15,8 %, в Афганістані — 9,4 %, в Україні (лютий 2015 р.) — 95 %.

5.19. ТРАВМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

При наданні допомоги потрібно звернути увагу на прохідність дихальних шляхів, наявність кровотечі, ознак шоку. Під час огляду ротової порожнини слід зафіксувати язик, щоб він не западав і не перекривав дихання, відсмоктати кров.

Фіксування язика. Язик можна зафіксувати за допомогою шпильки, яка обов'язково є у перев'язувальному пакеті індивідуальному. Потрібно проколоти язик збоку, відступивши на 1—1,5 см від кінчика язика. Проколовши наскрізно шпилькою, зафіксувати його до нижньої губи, коміра сорочки чи пов'язки на шиї, обличчі.

Язик краще фіксувати методом прошивання товстою шовковою ниткою: проколоти язик горизонтально збоку, відступивши на 1—1,5 см від кінчика язика, щоб голка вийшла з протилежного боку язика на такій самій відстані. Кінці шовкової нитки зафіксувати (прошити) до одягу або гудзика. Зміщену назад і вниз нижню щелепу, яка в такому положенні перешкоджає диханню, потрібно вправити і зафіксувати (див. відповідну навичку).

Видалення крові з дихальних шляхів проводять електровідсмоктувачем за допомогою катетера. Якщо цю процедуру здійснити неможливо, виконують конікотомію.

Зупинка кровотечі в ротовій порожнині. Якщо кровотеча виникла в *під'язиковій ділянці та в ділянці дна ротової порожнини*, судину, що кровоточить, намагаються притиснути тампоном. Якщо кровотеча не зупиняється, в умовах стаціонару потрібно перев'язати зовнішню сонну артерію (a. carotis externa).

При *кровотечі з язика* його притискають вище місця ушкодження. Якщо притискання неефективне і кровотеча продовжується, можна накласти так звані матрацні (Z) шви. Якщо не вдається прошити судину язика, перев'язують язикову артерію (a. lingualis).

Кровотечу із носа вдається зупинити за допомогою передньої і задньої тампонади носа. Для тампонади носа готують м'який гумо-

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua

Мал. 5.108. **Задня тампонада носа марлевим тампоном**

вий катетер, подушечку-тампон розміром 3 × 5 см, перев'язану довгою шовковою ниткою навхрест, щоб вільні кінці були завдовжки 15—30 см (мал. 5.108). Через нижній носовий хід уводять катетер до глотки, через рот захоплюють пінцетом вільний кінець і виводять назовні. Через отвір катетера проводять одну нитку і фіксують до нього, інший кінець нитки звисає.

За нижній кінець катетер разом із ниткою виводять через носовий хід так, щоб подушечка-тампон була тісно притиснута до хоан. У нижні носові ходи також уводять тонкі марлеві турунди. Ниткою, що виведена через ніс, фіксують зовнішні тампони. Нитка, виведена через рот, потрібна для видалення тампона із носа через 24—48 год, щоб уникнути ускладнень з боку середнього вуха.

Виконання навички: **зупинка носової кровотечі за допомогою катетера Фолея**

Верхній кінець катетера Фолея має широкий хід для виведення сечі або введення рідини. Цей хід закінчується отвором у сліпому кінці катетера. Інший хід починається тупим клапаном, що закінчується балоном, в який через клапан за допомогою шприца нагнітають повітря. Балон роздувається до певного розміру (20—30 мл рідини), що запобігає випаданню катетера із сечового міхура, якщо його залишають на певний період.

У разі носової кровотечі катетер змащують стерильним вазеліном і вводять через нижній носовий хід у ротову частину глотки до відчуття упору в його стінку. Трохи підтягують допереду і наповнюють 5—10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. При наповненні балончика катетера в потерпілого виникають певні відчуття. Потім катетер трохи підтягують до себе, щоб балончик потрапив у задню хоану (мал. 5.109). Якщо балон не входить в хоану, випускають незначну кількість розчину. Кінець катетера фіксують до щоки. Вида-

Матеріал захищений авторським правом

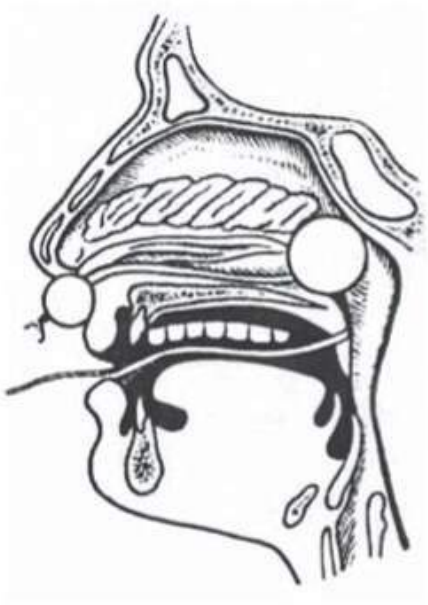
www.medpublish.com.ua

ляють катетер через 48 год, попередньо випустивши рідину.

При переломі нижньої щелепи накладають стандартну підборідну шину (пелот Ентіна), яка складається із м'якої тканинної шапочки (мал. 5.110, *а*) і жорсткої підборідної частини (мал. 5.110, *б*).

У разі подвійного перелому нижньої щелепи зі зміщенням центральної частини язик зазвичай западає, тому його пришивають, а нижню щелепу фіксують пелотом Ентіна.

Шапочка має пришиті з обох боків гумові кільця або шворки (по 3 штуки) і 2 зав'язки для фіксації. Гумові шворки дають можливість симетрично зафіксувати щелепу. Підборідна частина жорстка, фігурно вирізана і зігнута посередині за формою підборіддя.



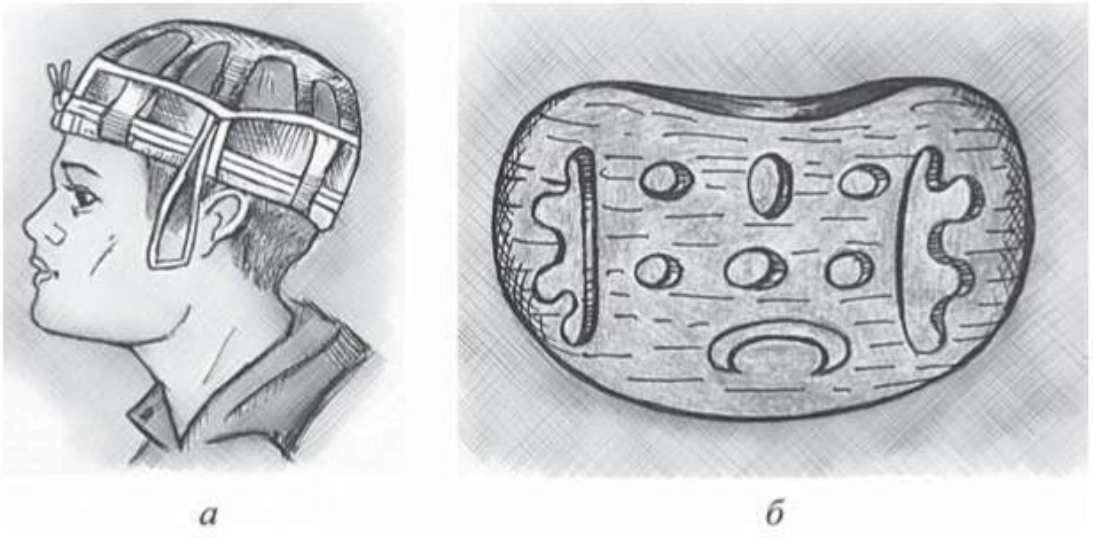
Мал. 5.109. **Тампонада носа катетером Фолея**

***Виконання навички*: транспортна іммобілізація нижньої щелепи**

Показання: переломи нижньої щелепи.

Необхідне оснащення: вата, марля, стандартна підборідна шина (пелот Ентіна).

Спочатку потрібно виготовити ватно-марлеву подушечку. Для цього на шматок широкого бинта (марлі) завдовжки 15—18 см покласти шар вати, який прикрити аналогічним шматком бинта (мар-



а *б*

Мал. 5.110. **Стандартна підборідна шина:**
а — м'яка тканинна шапочка; *б* — жорстка підборідна частина

Матеріал захищений авторським правом

www.medpublish.com.ua

Мал. 5.111. **Транспортна іммобілізація нижньої щелепи за допомогою стандартної підборідної шини**

лі). На голову надіти м'яку тканинну шапочку із пришитими кільцями або шворками і зав'язати позаду голови (можна зафіксувати і спереду). Прикласти до підборіддя ватно-марлеву подушечку, на яку накласти стандартну підборідну шину, однією рукою притримуючи шину біля підборіддя, іншою — фіксуючи кільця з гумових трубок або гумових шворок до жорсткої підборідної частини (мал. 5.111).

Виконання навички: **іммобілізація верхньої щелепи**

Показання: переломи верхньої щелепи.

Необхідне оснащення: підручні засоби (планка, лінійка, шпатель, столова ложка, тонка дощечка тощо), бинт.

Навколо голови накласти тур бинта, що проходить по лобовій частині, кінці бинта зав'язати позаду голови. На два кінці дощечки (планки) прив'язати шматки бинта, довжина яких дає змогу зафіксувати її до попередньо накладеного тура бинта. Повільно розкрити потерпілому рот і вставити дощечку, розмістивши її на жувальній поверхні зубів (премолярів чи молярів) так, щоб кінці лопатки із кутів рота виступали на 4—5 см, зафіксувати її еластичним бинтом (мал. 5.112).

Транспортування потерпілих з ушкодженням обличчя і щелеп краще проводити в положенні лежачи на животі з валиком під лобом або лежачи на животі з повернутою набік головою; якщо голова повернута праворуч, під ліве плече і лопатку потрібно підкласти згорнуту у валик ковдру. Ці положення створюють умови для витікання крові, секрету із ротової порожнини, запобігання асфіксії. Таких потерпілих супроводжують лікарі.

Вивих нижньої щелепи виникає в разі надмірного відкривання рота, при цьому суглобова головка нижньої щелепи виходить із суглобової заглибини верхньощелепної кістки. У таких випадках рот потерпілого відкритий, закрити його неможливо через сильний біль. Нижня щелепа протидіє пружинячими рухами, з рота виділяється слина. При такому вивиху, як правило, ушкоджується суглобова сумка. Під час пальпації суглобових головок через зовнішній слуховий хід вони не промацуються, якщо це двобічний вивих. Розрізняють передній і задній вивихи. При *передньому вивиху* суглобові голо-

Матеріал захищений авторським правом

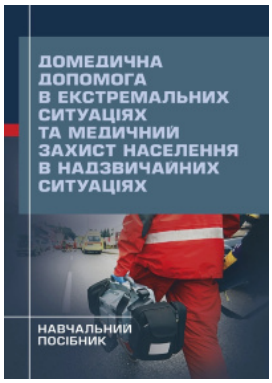
Рекомендована література

Військові медики на полі бою

Медицина надзвичайних ситуацій

Підручник тактичної бойової допомоги потерпілим

Тактична медицина. Навчальний посібник



Домедична допомога в екстремальних ситуаціях та медичний захист населення в надзвичайних ситуаціях

Психологія бою

Перейти до категорії
Охорона здоров'я. Гігієна

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ